

Edición
N°6
Volumen
N°1



Revista Hospital Rawson

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

Edición N°6, Julio 2025.

San Juan - República Argentina



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud



Comité de **Docencia**
e **Investigación**



DIRECTORIO:

Director Ejecutivo:

Dr. Juan Pablo Gempel

Director Médico de Planificación y Gestión Asistencial:

Dr. Adrián Horacio D'Ovidio

Director Administrativo:

CPN Daniel Héctor Ferrero

Director de Personal:

Lic. Ricardo Atencio Pizarro

Gerente Administrativa:

CPN Eliana Edith Erostarbe Elizondo

Gerente Contable:

CPN Mariana Nidia Guerrero Bustos

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Coordinadora

Dra. Cristina Muñoz

Comité Editorial

Lic. María Isabel Jelves

Dr. Sergio Rueda

Dra. Adriana Manzur

Lic. Marta Uriza

Lic. Andrea Sendra

Lic. María Laura Calívar

Bioing. Rocío Buenamaisón

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

revistahgrsj@gmail.com

www.hospitalrawson.sanjuan.gob.ar



ÍNDICE

6 Prólogo

Margarita Ana Maldonado

8 Complicaciones sistémicas asociadas a Intoxicación por Paraquat. Reporte de caso

Carrizo, Mathías Ariel; González, Matías Jesús; Soria, María Ángela.

11 Lesión traqueal secundaria a herida de arma blanca: diagnóstico por videolaringoscopia

Rampulla Chirino, Juan Pablo; Zorrilla, Enrique; Torres, Javier.

15 Criptococosis Meníngea: Serie de casos

Ramirez, Camila; Storniolo, Agostina; Nacif, Andrea Belén; Soria, María Ángela.

20 Malformación Uterina Cavitada Accesorio (ACUM) como causa de dolor pélvico crónico subdiagnosticada

Manassero, Marcos Exequiel; Robledal, María Luciana; Gutiérrez, María José; Vargas, Cecilia; Vega, María Sol.

26 Psitacosis Silvestre

Basualdo, Valentina; Díaz, María Florencia; Funes, Rocío.

29 Pancreatitis aguda por hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso

Dallazuana Putelli, María Valentina; Navarro Belli, Daniela; Perelló, Pablo Jeremías.

33 Edema masivo de ovario. Reporte de caso

Ruiz Ciancio, María Florencia.

38 Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

García, Julieta Amelia; Manzur, Adriana.

Próxima Edición: Diciembre 2025

Recepción de trabajos a partir de Agosto 2025.

*Consultas y reglamento de publicación:
revistahgrsj@gmail.com*

PRÓLOGO

La comprensión de la historia del hombre y los cuidados de salud que el mismo ha necesitado a través del tiempo, demuestran que los requerimientos de atención de salud y bienestar van cambiando según el contexto histórico y sociocultural en el que se desarrollan. Esto es, en la medida que existe progreso social, las necesidades van exigiendo mayor complejidad en la atención del proceso salud - enfermedad.

Para quienes entendemos hoy que la salud es un bien social, la tarea requiere de una construcción colectiva y de un sistema de salud capaz de dar respuesta a las necesidades de la población y en este quehacer, cada institución aporta diariamente no sólo lo urgente sino también herramientas de administración, planificación, organización y utilización de saberes individuales y colectivos para dispensar servicios adecuados.

En función de esas necesidades cambiantes, las instituciones de salud y sus equipos deben avanzar de manera sistemática en la problematización de lo aprendido, cuestionar y reflexionar sobre los procedimientos de la práctica diaria y adecuar la atención. Es en esta instancia donde se necesita disponer y aplicar herramientas de investigación que produzcan conocimiento nuevo y es la investigación la que puede cambiar la realidad de muchos procesos de atención mejorando no sólo la salud sino también la calidad de vida de las personas.

Ahora bien, el proceso no se agota en la investigación que ayuda a encontrar verdades nuevas, es necesario además validar los estudios de investigación a través de su publicación, transformando los conocimientos en aciertos colectivos.

Esto es en definitiva lo que este hospital plantea en la actualidad. Viabilidad, oportunidad y condiciones para que el equipo de trabajo ejecute, observe, reflexione y discuta su propia práctica con responsabilidad y juicio crítico, transformando y optimizando los recursos y sus conocimientos que ayudan a abonar una oferta de alta calidad en sus servicios.

En esta oportunidad, la revista creada por la institu-



ción muestra estudios relacionados a diversas problemáticas que se presentan con frecuencia en la institución, cumpliendo con los objetivos de la metodología de investigación.

Debo agradecer al Comité de Docencia e Investigación del querido “Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson” por haberme permitido ser parte de este hermoso proyecto: la Edición N°6, volumen 1, de la “Revista Científica”.

Es importante felicitar a la institución que siempre ha estado a la vanguardia de una atención de alta calidad y complejidad de la provincia y para despedirme me agradaría compartir un pensamiento de un avanzado defensor de la salud pública, el Dr. Ramón Carrillo.

“Nadie puede considerarse en un papel secundario en esta lucha por la preservación de la salud y la atención de los enfermos. En la inmensa tarea, hasta el colaborador más modesto tiene su gran papel, una función que exige un sacrificio, tanto más abnegado cuanto más oscuro. Puede que nadie conozca ni reconozca el sacrificio de cada uno de ustedes, que nadie sepa cómo cada uno y todos ustedes han contribuido al gran movimiento en contra de la desvitalización del país; quizás sus nombres no trasciendan jamás, pero sus esfuerzos quedarán perdurables en la obra cumplida de preservar la salud de la comunidad y prolongar la vida útil del hombre”.

Margarita Ana Maldonado

Licenciada en Enfermería.

Magister en Gerencia y Administración de Servicios de Salud.

Directora de carrera de especialización en salud social y comunitaria. Universidad Nacional de San Juan. Resol. N° 025/2011- hasta marzo 2017.

Directora Escuela Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Juan. 2015 - 2017.

Complicaciones sistémicas asociadas a Intoxicación por Paraquat. Reporte de caso

| Carrizo, Mathías Ariel¹

| González, Matías Jesús²

| Soria, María Ángela¹

Servicio de Clínica Médica¹ y Servicio de Terapia Intensiva² del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan - Argentina

Correspondencia: Carrizo, Mathías Ariel

E-mail: mathiascarrizo15639@gmail.com

RESUMEN:

El Paraquat es un herbicida bupiridílico que actúa por contacto, se presenta en forma líquida en concentraciones del 20% para uso agrícola. La intoxicación por este herbicida tiene una tasa de mortalidad elevada. La intoxicación grave se caracteriza por la afectación de múltiples órganos, principalmente los pulmones, los riñones y el hígado. El pulmón es el órgano diana en la intoxicación por Paraquat y la insuficiencia respiratoria con fibrosis pulmonar aguda es la causa más común de muerte.

Por ser un tema poco frecuente en la práctica clínica se presenta un caso clínico abordado en el servicio de Clínica Médica en el Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson en el mes de Febrero del año 2025.

Palabras claves:

Intoxicación por Paraquat, hepatitis aguda, injuria renal, fibrosis pulmonar.

INTRODUCCIÓN

El Paraquat (1,1'-dimetil-4,4'-bupiridilio), herbicida bupiridílico de contacto usado en agricultura. La dosis letal mínima en humanos se estima en ~10-15 mL de solución concentrada. La mayoría de las intoxicaciones graves ocurren tras ingestión voluntaria (intento suicida), aunque también hay casos accidentales y laborales. El pulmón es el órgano diana principal debido a la captación selectiva de Paraquat, pero también afectan riñón e hígado.

La intoxicación por Paraquat representa una de las formas más letales de envenenamiento por plaguicidas en la práctica clínica, con una tasa de mortalidad que puede superar el 70% en casos moderados a severos.

El mecanismo de toxicidad se basa en la genera-

ción de especies reactivas de oxígeno (ERO), producto de un proceso de redox cíclico que involucra la reducción del Paraquat a un radical libre que reacciona con el oxígeno molecular, generando superóxidos y radicales hidroxilos. Estos compuestos inducen peroxidación lipídica, daño en membranas celulares y muerte celular por necrosis o apoptosis, especialmente en tejidos con alta captación de oxígeno como el pulmón, riñones y tracto gastrointestinal.

El diagnóstico se basa en la historia clínica compatible, presencia de lesiones cáusticas orales, manifestaciones sistémicas y pruebas específicas como la prueba de ditionito en orina (esta prueba se realiza agregando una solución de ditionito a la orina, y un cambio de color azul indica la presencia de Paraquat) o determinación plasmática del Paraquat por cromatografía líquida o inmunoensayo.

Complicaciones sistémicas asociadas a Intoxicación por Paraquat. Reporte de caso

| Carrizo, Mathías Ariel¹

| González, Matías Jesús²

| Soria, María Ángela¹

Hasta la fecha, no existe un antídoto específico para el Paraquat. El manejo se enfoca en intervenciones de soporte, descontaminación gastrointestinal precoz con tierra de Fuller o carbón activado, y terapias dirigidas a mitigar el daño oxidativo, incluyendo antioxidantes (N-acetilcisteína, vitaminas C y E), esteroides (metilprednisolona, dexametasona) e inmunosupresores (ciclofosfamida).

Diversos estudios han mostrado que la instauración temprana (<12 horas) de protocolos con inmunosupresores mejora la sobrevida y reduce la progresión hacia fibrosis pulmonar severa.

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años sin antecedentes conocidos que consulta el 15/02/2025 al servicio de emergencia médica del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson por presentar dolor en epigastrio tipo urente de intensidad 9/10, que irradia a región dorsolumbar, que no cede ante la administración de analgésicos orales, acompañado de náuseas y vómitos de 48 horas de evolución posterior al consumo de Paraquat. Se realiza analítica que informa falla renal (creatinina 12, urea 180), hipertransaminasemias e hiperbilirrubinemia (GOT 358, GPT 563, FAL 850, GGT 1246, BD 4.73, BI 1.06). Se decide el pase a Servicio de Terapia Intensiva, sin requerimiento de drogas vasoactivas ni asistencia respiratoria mecánica. El día 17/02/2025 ingresa a clínica médica. Al ingreso el examen físico presenta sequedad cutánea generalizada, rash cutáneo generalizado a predominio abdominal, dorsolumbar, resto sin particularidades. Durante su estadía en este servicio, por su hepatitis aguda asociada a intoxicación de Paraquat, se realiza dosaje de hepatograma y coagulación diaria, ecografía abdominal que informaba como hallazgo litiasis única de 21 mm sin signos de

colecistitis. Se realizan 3 pulsos de glucocorticoides y se comienza con administración de N-acetilcisteína vía oral. Por su falla renal se realiza fluidoterapia intensa con mejoría de la función renal. Intercurre con complicaciones infecciosas (infección asociada a catéter por salmonella typhimurium) por lo que cumple tratamiento con antibiótico intravenoso (ciprofloxacina). Por buena evolución clínica y de laboratorio se concede el alta hospitalaria el día 28/02/2025.

CONCLUSIÓN

El caso presentado corresponde a un paciente joven con intoxicación moderada a severa por Paraquat, con compromiso hepático y renal, en quien la instauración precoz de medidas terapéuticas específicas permitió una evolución favorable sin requerimiento de soporte vital avanzado. La administración oportuna de pulsos de glucocorticoides, terapia antioxidante con N-acetilcisteína, manejo intensivo con fluidoterapia y seguimiento estrecho en unidades de cuidados críticos y clínica médica fueron pilares del tratamiento.

Este caso refuerza la importancia de una evaluación temprana, clasificación clínica según la gravedad y la implementación rápida de esquemas terapéuticos con inmunosupresores y antioxidantes, incluso ante la ausencia de antídoto específico. Asimismo, destaca la relevancia de una vigilancia activa de posibles complicaciones infecciosas nosocomiales, como la infección por Salmonella typhimurium asociada a catéter, que deben ser identificadas y tratadas oportunamente.

Finalmente, la favorable evolución del paciente y su egreso hospitalario sin secuelas mayores aportan evidencia clínica a favor de un enfoque multi-

Complicaciones sistémicas asociadas a Intoxicación por Paraquat. Reporte de caso

| Carrizo, Mathías Ariel¹

| González, Matías Jesús²

| Soria, María Ángela¹

disciplinario, intensivo y protocolizado en intoxicaciones por Paraquat, y subrayan la necesidad de fortalecer el reconocimiento y manejo precoz en los servicios de emergencia y cuidados críticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. García J, Frontado C, Tilac C, et al. Intoxicación moderada a severa por Paraquat tratada con esteroides e inmunosupresores. *Med Intern (Caracas)*. 2000;16(3)
2. Ordóñez-Zarama YA, Jurado-Fajardo D, Paredes-Panesso MC, et al. Características sociodemográficas y clínicas relacionadas con la condición final de pacientes intoxicados por Paraquat en el suroccidente colombiano. *Biomédica*. 2022;42:479-491. doi:10.7705/biomedica.6361
3. Martín-Rubí JC, Marruecos-Sant L, Palomar-Martínez M, Martínez-Escobar S. Tratamiento inmunosupresor en las intoxicaciones por Paraquat. *Med Intensiva*. 2007;31(6):331-334
4. Addo E, Poon-King T. Management of Paraquat poisoning with cyclophosphamide and dexamethasone. *Toxicol Ind Health*. 1986;2(2)
5. Gil HW, Hong JR, Jang SH, et al. Diagnostic and therapeutic approach to paraquat poisoning. *Korean J Intern Med*. 2014;29(4):494-501.
6. Surtres ZE. Role of antioxidants in Paraquat toxicity. *Toxicol*. 2002;180(1):65-77.

Lesión traqueal secundaria a herida de arma blanca: diagnóstico por videolaringoscopia

| Rampulla Chirino, Juan Pablo

| Zorrilla, Enrique

| Torres, Javier

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

Correspondencia: Rampulla Chirino, Juan Pablo

E-mail: Rampullajuan@gmail.com

RESUMEN:

Introducción:

El traumatismo traqueal que afecta la zona cervical es poco frecuente pero su mortalidad es alta debido a complicaciones tanto de la vía aérea como del paquete vasculonervioso. Un rápido diagnóstico acompañado de un abordaje multidisciplinario con una rápida conducta terapéutica es importante para disminuir la mortalidad.

Presentación de caso:

Paciente masculino de 24 años con antecedentes de policonsumo, consulta por lesión cervical anterior debido a herida de arma blanca. En ausencia de sintomatología respiratoria, presenta lesión traqueal a la exploración por videolaringobroncoscopia.

Conclusión:

Se evidenció lesión traqueal utilizando videolaringoscopio del servicio de anestesiología, dentro de quirófano y con el paciente bajo analgesedación. Posterior a esto se decidió tomar conducta terapéutica para manejo de lesión traqueal.

Palabras claves:

Trauma penetrante traqueal, Videolaringoscopia, Intubación Vigil, Vía Aérea.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo a nivel cervical en el 40-60% se debe a heridas penetrantes, en este grupo se dividen en lesiones por arma blanca o arma de fuego. Tiene gran importancia debido a que las estructuras vitales (vasculares, nerviosas y viscerales) se presentan en un espacio anatómico reducido. Representa el 5-10% de las consultas por trauma. Los pacientes que han sufrido un trauma penetrante se dividen en inestables hemodinámicamente que necesitan una intervención quirúrgica de forma urgente y los que se encuentran

estables hemodinámicamente. Dentro de este último grupo se vuelve a dividir en 2 grupos: los que poseen una lesión menor al 50% de la luz traqueal que generalmente van a un cierre primario y los que tienen una lesión mayor al 50% y necesitan la colocación de una cánula de traqueostomía. Las complicaciones más habituales son alteraciones respiratorias, estenosis laringotraqueal, mediastinitis aguda, lesiones nerviosas y vasculares.

El objetivo de esta publicación es presentar un

Lesión traqueal secundaria a herida de arma blanca: diagnóstico por videolaringscopía

| Rampulla, Chirino Juan Pablo

| Zorrilla, Enrique

| Torres, Javier

caso infrecuente de traumatismo penetrante traqueal por herida de arma blanca, el cual, debido a un manejo multidisciplinario, fue diagnosticado de forma rápida utilizando la videolaringscopía.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 24 años, IMC 23, antecedentes de policonsumo, ingresa al Servicio Médico de Urgencia por presentar herida cortopunzante en región cervical anterior. Al momento de ingreso el paciente se encontraba lúcido, orientado en tiempo y espacio, ventilando espontáneamente sin necesidad de oxígeno suplementario. Presentaba signos vitales conservados: SO₂: 98% aa, TA: 117/78; FC: 83.

El Servicio Médico de Urgencia solicita la valoración del paciente por médico especialista en otorrinolaringología, al examen físico paciente presentaba enfisema subcutáneo en zona cervical acompañado de hemoptisis, sin otra sintomatología respiratoria a destacar. Se solicita tomografía para valorar lesión sufrida por el paciente. Informe de tomografía de cuello y tórax: Se observa solución de continuidad de tejidos blandos pre-traqueales a nivel de C4-C5, desde plano cutáneo hacia luz traqueal, lo cual genera enfisema subcutáneo que diseca diferentes planos musculares y se extiende hacia cefálico, caudal y planos posteriores, generando neumomediastino.

Debido a limitaciones del fibrolaringoscopia del servicio de otorrinolaringología, se solicitó al servicio de anestesiología valoración de la lesión, el cual decide una exploración de la vía aérea con el paciente bajo analgesia.

Paciente ingresa a quirófano con catéter endovenoso N° 18G en miembro superior derecho y es monitorizado a través de electrocardiograma,

presión arterial no invasiva y saturación de oxígeno. La sedación fue realizada utilizando 1 miligramo de midazolam y remifentanilo en TCI efecto, también se utilizó atropina 0,5mg con el objetivo de disminuir las secreciones y se topicó en reiteradas oportunidades la vía aérea con lidocaína en spray al 10%. Durante el procedimiento el paciente mantuvo la ventilación espontánea, apoyado con una bigotera nasal a 4 litros por minuto. Con el paciente en posición decúbito dorsal, se realizó exploración de vía aérea y se pudo constatar la zona traumatizada a pesar de las secreciones sanguinolentas en la vía aérea, la lesión se encontraba en el espacio subglótico por encima del cartílago cricoides, en la porción superior de derecha de la tráquea.

De esta manera se pudo constatar que la lesión abarcaba menos del 50% de la luz traqueal además de que no se evidenciaba sangrado activo, constatando una lesión cricotraqueal única por traumatismo de arma blanca.

Posterior a este hecho, el paciente fue intubado con el objetivo de asegurar la vía aérea y permitir el cierre de la lesión. Luego de esto el paciente fue derivado al servicio de terapia intensiva del hospital en el cual permaneció 96 hrs. hasta su posterior alta con indicación de control por consultorios externos de otorrinolaringología.

DISCUSIÓN

La sospecha en esta clase de pacientes habitualmente comienza con el antecedente traumático, mas signos y síntomas clínicos.

1- Como limitación para acceder a un diagnóstico rápido se observó que, en este caso y debido a la alta sospecha e imposibilidad de contar con un broncoscopio y tampoco con la posibilidad de realizar una tomografía con reconstrucción tri-

Lesión traqueal secundaria a herida de arma blanca: diagnóstico por videolaringoscopia

| Rampulla, Chirino Juan Pablo

| Zorrilla, Enrique

| Torres, Javier

dimensional de la vía aérea, se procedió a realizar una tomografía computada y confirmar la sospecha con una videolaringoscopia vigil en quirófano.

2- Habitualmente el algoritmo de lesión traqueal divide en 2 grandes grupos el tratamiento y esto depende de la estabilidad hemodinámica del paciente. Y dentro de este se divide en base a si la lesión afecta más del 50% de la luz traqueal. Debido a que en este caso el paciente se encontraba hemodinámicamente estable y la lesión era menor al 50% de la luz traqueal, se cumplió el algoritmo y se procedió a realizar únicamente tratamiento de sostén sin la necesidad de invasión quirúrgica y tampoco de traqueostomía.

3-El manejo de la vía aérea debe ser realizado por profesionales entrenados en ésta, en condiciones de máxima seguridad para el paciente y en un espacio de trabajo seguro como es el quirófano.

4-La presentación por parte de un paciente de perforación traqueal es un hecho atípico, el cual constituye un riesgo para la vida del paciente, pero la comunicación y trabajo interdisciplinario articulado entre los diversos servicios permite obtener mejores resultados.



Imagen 1: Se observa neumomediastino en región superior.

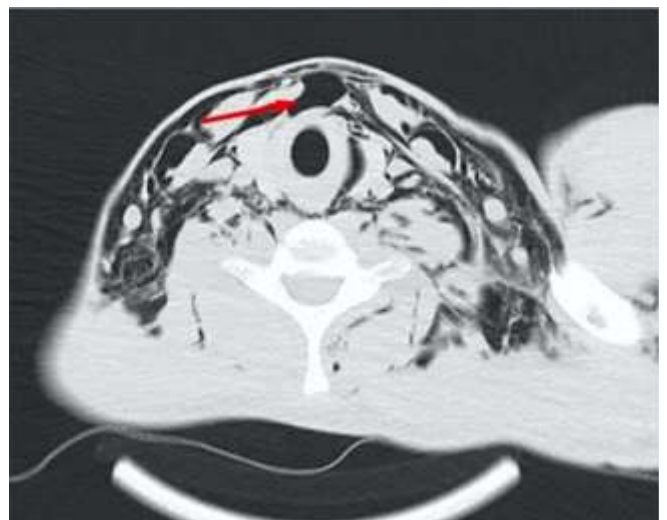


Imagen 2: Se observa secuela de lesión por arma blanca en región cervical anterior. Presencia de enfisema subcutáneo con disección de planos musculares.

Lesión traqueal secundaria a herida de arma blanca: diagnóstico por videolaringoscopia

| Rampulla, Chirino Juan Pablo

| Zorrilla, Enrique

| Torres, Javier



Imagen 3: Se observa lesión traqueal con signos de sangrado por debajo de cuerdas vocales, por encima del cartílago cricoides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernando Trouboul, Alejandro De Gracia. Traumatismos cervicales. Directores: Dres. Alejandro De Gracia y Jorge Reilly. Manual Trauma Actualización 2019. Pagina inicial del capítulo y pagina final: 25 y 36. Disponible en: https://aac.org.ar/manual_trauma/archivos/manual_trauma2019.pdf
2. Vázquez-Minero JC, Morales-Gómez J, Guzmán-de Alba E, Álvarez-Álvarez S, Trueba-Lozano D, Cervantes-Silva Y, et al. Trauma traqueal penetrante. Recomendaciones para su manejo. A propósito de un caso. Neumol Cir Torax [Internet]. 2018 [citado el 23 de marzo de 2024];77(4):286–92. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462018000400286
3. de Lourdes Vallejo-Villalobos DM. Vía aérea en el paciente con trauma [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mma/cma-2018/cmas181bm.pdf>
4. Sema Gandía MB. Manejo de la vía aérea en el paciente con traumatismos sobre la vía aérea [Internet]. AnestesiaR. 2017 [citado el 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://anestesia.org/2017/manejo-de-la-via-aerea-en-el-paciente-con-traumatismos-sobre-la-via-aerea/>
5. Hernández-Velázquez EU, Loyola-García U, Betancourt-Ángeles M, Gómez-Ríos N, Pérez-Guadarrama OA, Albores-Figueroa R, et al. Control de daños en trauma penetrante de cuello: Abordaje multidisciplinario. Cir Gen [Internet]. 2012 [citado el 23 de marzo de 2024]; 34 (2): 138–42. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000200010

Criptococosis Meníngea: Serie de casos

| Ramírez, Camila | Storniolo, Agostina | Nacif, Andrea Belén | Soria, Ángela María

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

Correspondencia: Nacif, Andrea Belén

E-mail: andreanacif93@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La criptococosis meníngea es una infección fúngica grave causada principalmente por *Cryptococcus neoformans* y, en menor medida, *Cryptococcus gattii*^{1,4}. Se presenta mayormente en pacientes inmunocomprometidos, especialmente aquellos con VIH/SIDA y recuentos de CD4 por debajo de 100 células/mm³. Los síntomas más comunes incluyen cefalea persistente, fiebre, náuseas, vómitos, alteración del estado de conciencia y síntomas neurológicos¹. La hipertensión intracraneana es una complicación frecuente y puede llevar a parálisis de nervios craneales o convulsiones^{1,5}. En menor medida se pueden presentar manifestaciones pulmonares, cutáneas o diseminadas. El diagnóstico se basa en la punción lumbar para análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR), donde pueden detectarse levaduras encapsuladas mediante tinción con tinta china o cultivo en medios específicos^{1,2,5}. También es útil la detección del antígeno criptocócico en suero o LCR mediante pruebas de aglutinación de látex, ELISA o pruebas inmunocromatográficas de flujo lateral, que han demostrado alta sensibilidad y especificidad^{1,3}. El tratamiento se divide en tres fases: inducción, consolidación y mantenimiento. La fase de inducción incluye anfotericina B liposomal endovenoso combinada con flucitosina durante dos semanas. La fase de consolidación consiste en fluconazol oral durante al menos ocho semanas, seguida de una fase de mantenimiento con fluconazol en dosis más bajas durante un año^{1,2,4}. Por su alta frecuencia en el último tiempo y su alta mortalidad es importante hacer énfasis en su presentación

clínica para reconocerla, diagnosticarla y tratarla a tiempo. Presentamos 4 casos de criptococosis meníngea ocurridos en los últimos 6 meses en nuestro hospital (*Tabla 1*).

Criptococosis Meníngea: Serie de casos

| Ramírez, Camila | Storniolo, Agostina | Nacif, Andrea Belén | Soria, Ángela María

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Edad	70 años	63 años	67 años	44 años
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Motivo de consulta	Pérdida de peso, astenia, <u>disbasia</u>	Debilidad de miembros inferiores	Debilidad de miembros inferiores, ataxia	Diarrea, dolor abdominal, foco motor en miembro superior izquierdo
Antecedentes patológicos personales	B24 HTA	B24 HTA	B24 Insuficiencia venosa	B24 Múltiples internaciones por <u>criptococosis meníngea</u> Consumidor de cocaína y marihuana
CV	255.000	2.555.221	37.030	129.893
CD4	15	29	66	11
Infecciones oportunistas asociadas	Candidiasis <u>orofaríngea</u>	Retinitis y <u>vitreítis</u> por CMV Candidiasis <u>orofaríngea</u> Toxoplasmosis?	NO	NO
TARV al diagnóstico de <u>criptococosis</u>	No	No	No	No
Evolución	Óbito	Egreso hospitalario	Óbito	Óbito

Tabla 1: Resumen de Casos Clínicos

Criptococosis Meníngea: Serie de casos

| Ramírez, Camila

| Storniolo, Agostina

| Nacif, Andrea Belén

| Soria, Ángela María

Se presentan datos a destacar entre los casos a reportar, (el inicio del tar, cv, cd4, entre otros).

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente con criptogenemia positiva, se decidió internación para descartar criptococosis meníngea (CM). Al examen físico presentaba disbasia, bradipsiquia y candidiasis orofaríngea. Se solicitó tomografía computada (TC) de cerebro que descartó hipertensión endocraneana (HTE), realizándose punción lumbar (PL) e iniciando tratamiento empírico. El cultivo confirmó levaduras encapsuladas. Cumplió 14 días de tratamiento; se repitió PL, mostró mejoría clínica y se rotó a fase de consolidación, aguardando resultado ambulatorio.

Ocho días después del alta recibió cultivo persistente positivo. Reingresó y se reinició la fase de inducción. Empeoró neurológicamente pese a tratamiento dirigido. La resonancia magnética nuclear (RMN) mostró lesiones compatibles con encefalopatía por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Tras más de 8 semanas de antifúngicos, se inició terapia antirretroviral (TARV) sin mejoría clínica. Por evolución desfavorable, se decidió adecuación de esfuerzos terapéuticos, derivándolo a cuidados paliativos. Semanas después se produjo el óbito.

Caso 2

Paciente sin tratamiento previo, se solicitó antigenemia para criptococo siendo positiva por lo que se realizó TC de cerebro descartando lesión ocupante de espacio, se procedió a la realización de la PL y posterior instauración de tratamiento de inducción. Se solicitó tinta china negativa y cultivo bacteriológico a los 7 días positivo. Se realizó a los 14 días PL control con resultado

negativo por lo que se instauró tratamiento de consolidación. En paralelo, por su disminución de agudeza visual se solicitó fondo de ojo (FO) y CV para citomegalovirus (CMV) recibiendo una CV de 1.845.263 y un informe de FO compatible con retinitis y vitreítis de ambos ojos. Se indicó tratamiento con ganciclovir y se realizó CV control siendo de 235.367 y múltiples FO control. Ingresó con candidiasis orofaríngea por lo que se indicó fluconazol EV. Al paciente se le otorga el alta hospitalaria con fluconazol y ganciclovir vía oral.

Caso 3

Paciente con sospecha de meningitis por criptococo (CM). Se solicitó antigenemia para Criptococo, resultando positiva. Se realizó TC de cerebro y punción lumbar (PL), iniciándose tratamiento de inducción. El cultivo confirmó Criptococo. A los 14 días, la PL fue negativa, por lo que se rotó a tratamiento de consolidación y se otorgó el alta hospitalaria.

Al mes reingresó por trombosis venosa profunda femoral derecha, tratada inicialmente con acenocumarol. Ante persistencia de dolor y fiebre, se suspendió anticoagulación por INR fuera de rango, comenzando enoxaparina. Por síndrome febril y odinofagia, se sospechó esofagitis por CMV; se realizó VEDA y carga viral, ambas negativas.

Durante la internación presentó diarrea por diverticulitis aguda, iniciándose antibióticos. A los 10 días presentó midriasis, arreactividad pupilar y postura de descerebración. La TC informó hematoma subdural bilateral secundario a hipertensión endocraneana por CM. Neurocirugía indicó manejo conservador sin criterio para UTI. Permaneció en cuidados paliativos, falleciendo posteriormente por múltiples complicaciones derivadas de su diagnóstico de base.

Criptococosis Meníngea: Serie de casos

| Ramírez, Camila

| Storniolo, Agostina

| Nacif, Andrea Belén

| Soria, Ángela María

Caso 4

Paciente mal adherente al tratamiento, con foco motor. Se realizó TC de cerebro sin hallazgos y PL. La antigenemia fue positiva para *Criptococo*, iniciándose tratamiento de inducción. Una ecografía testicular evidenció orquiepididimitis bilateral, por lo que recibió ceftriaxona. Evolucionó con paresia de miembro superior izquierdo y plejía del derecho; la RMN cerebral y de columna cervical mostró cambios vasculares y nódulos cervicales. Nueva PL descartó otras causas infecciosas; se confirmó antigenorraquia positiva para *Criptococo*.

Durante la internación desarrolló hipertrofia muscular generalizada, hiperlactacidemia y elevación de LDH; se solicitó perfil inmunológico (negativo), biopsia y cultivo muscular. Por mala evolución clínica y progresión neurológica, infectología reinició TARV e inició tratamiento empírico para TBC diseminada, micobacterias atípicas y bacterias, incluyendo tazobactam-piperacilina.

Intercurre con falla renal, empeoramiento de hiperlactacidemia, desaturación, taquipnea y mala mecánica respiratoria. Pese al tratamiento médico, se realizó intubación orotraqueal e interconsulta a terapia intensiva, siendo derivado al servicio, donde falleció por complicaciones de su enfermedad de base.

DISCUSIÓN

La criptococosis meníngea es una de las principales infecciones oportunistas del sistema nervioso central en pacientes con VIH avanzado, especialmente con recuentos de CD4 por debajo de 100 células/ μ L. En esta serie de casos se observó una presentación clínica típica en personas inmunocomprometidas: síntomas neurológicos progresivos como ataxia, disbasia y debi-

lidad en miembros inferiores, con una evolución subaguda de semanas a meses.

Un aspecto clave fue la sospecha clínica precoz, que permitió solicitar antigenemia para *Criptococo* desde el ingreso en todos los casos. Esta medida fue determinante para lograr un diagnóstico oportuno, práctica fundamental en contextos de alta prevalencia de VIH no controlado. No obstante, a pesar del diagnóstico relativamente temprano, tres de los cuatro pacientes tuvieron una evolución desfavorable, lo cual refleja tanto la severidad de la infección como el grado avanzado de inmunosupresión al ingreso. La mortalidad continúa siendo elevada, incluso con tratamiento antifúngico adecuado, lo que subraya la necesidad de estrategias preventivas. Se recomienda el cribado de antígeno criptocócico en suero a todos los pacientes con VIH y CD4 <100 células/ μ L, aún sin síntomas. Esto permite detectar la infección en su fase subclínica, iniciar tratamiento antifúngico precoz y reducir la progresión a meningitis.

Estos casos destacan la importancia de una sospecha diagnóstica temprana y del uso de la antigenemia como herramienta accesible y eficaz.

Conflicto de intereses

Nuestro trabajo no presenta conflicto de intereses.

Criptococosis Meníngea: Serie de casos

| Ramírez, Camila | Storniolo, Agostina | Nacif, Andrea Belén | Soria, Ángela María

BIBLIOGRAFÍA

1. Castañeda E, Lizarazo J. Protocolo de estudio y manejo de los pacientes con criptococosis. *Infectio*. 2012; 16 (Supl 3):123-125
2. Lamberto Y, Saúl P, Gregori-Sabelli R, Sánchez-Cunto M, Chediack V, Cunto E. Criptococosis meníngea en pacientes con VIH: experiencia en cuidados intensivos. *Medicina (B. Aires)*. 2024; 84 (2): 256-260.
3. Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en población con VIH. 1ª ed adaptada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociedad Argentina de Infectología; 2023. ISBN 978-987-48556-1-9.
4. Cox GM, Perfect JR. Meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans* en personas con VIH: tratamiento y prevención. En: Bartlett JA, editor; Bogorodskaya M, editor adjunto. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [Actualización: 4 de noviembre de 2024; revisión de literatura hasta marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/cryptococcus-neoformans-meningoencephalitis-in-persons-with-hiv-treatment-and-prevention>
5. Perfect JR, Cox GM. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of *Cryptococcus neoformans* meningoencephalitis in patients with HIV. En: Bartlett JA, editor; Bogorodskaya M, editor adjunto. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [Actualización: 4 de noviembre de 2024; revisión de literatura hasta marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cryptococcus-neoformans-meningoencephalitis-in-patients-with-hiv>

Malformación Uterina Cavitada Accesorio (ACUM) como causa de dolor pélvico crónico subdiagnosticada

| Manassero, Marcos Exequiel

| Robledal, María Luciana

| Gutiérrez, María José

| Vargas, Cecilia

| Vega, María Sol

Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan - Argentina

Correspondencia: Manassero, Marcos Exequiel

E-mail: manasseroteki@gmail.com

RESUMEN:

La malformación uterina cavitada accesorio (ACUM) es una anomalía congénita infrecuente, caracterizada por ser una lesión revestida por endometrio funcional, ubicada en el espesor del miometrio, sin comunicación con la cavidad endometrial.

Se presentan dos casos: una paciente de 17 años con dolor pélvico cíclico desde la adolescencia, y otra de 32 años con dismenorrea crónica. En ambos casos la ecografía demostró lesiones con centro quístico en el espesor del miometrio, siendo necesaria mayor caracterización con resonancia magnética. En este estudio de mayor complejidad se evidenciaron masas cavitadas con contenido hemático, sin otras anomalías en la cavidad endometrial ni en anexos, siendo compatibles con ACUM.

Se discute como diagnóstico diferencial el adenomioma quístico, el útero unicornio con cuerno rudimentario obstruido no comunicante y la degeneración roja de mioma, por lo cual es relevante tener en cuenta las distintas características imagenológicas para llegar a un correcto diagnóstico.

Dichos casos destacan la importancia de considerar ACUM en mujeres jóvenes con dolor pélvico crónico e infertilidad y el rol fundamental de los métodos por imágenes en su diagnóstico.

Palabras clave:

Malformaciones uterinas, dolor pélvico crónico, resonancia magnética, ACUM

INTRODUCCIÓN

La malformación uterina cavitada accesorio, en inglés Accessory Cavitated Uterine Mass (ACUM), es una patología caracterizada por ser una masa cavitada, dentro del espesor del miometrio, por debajo de la inserción de los ligamentos redondos, la cual no presenta comunicación con la cavidad endometrial. Está revestida por tejido endometrial funcional y rodeado por

células musculares lisas similares a las del miometrio adyacente, en presencia de una cavidad endometrial, trompas y ovarios normales¹. Es frecuentemente encontrada en pacientes jóvenes menores de 30 años siendo causante de dolor pélvico crónico que suele agudizarse con los ciclos menstruales, ya que el endometrio en su interior responde a los cambios hormonales además de infertilidad². Es una patología poco

Malformación Uterina Cavitada Accesorio (ACUM) como causa de dolor pélvico crónico subdiagnosticada

| Manassero, Marcos Exequiel

| Robledal, María Luciana

| Gutiérrez, María José

| Vargas, Cecilia

| Vega, María Sol

frecuente y ampliamente subdiagnosticada, que presenta un gran reto diagnóstico al tener una similitud en su presentación clínica e imagenológica con otras patologías ginecológicas como adenomioma quístico o malformaciones Mülle-
rianas^{1,2}. Por ello el objetivo de este reporte de casos es revisar las características imagenológicas y los criterios diagnósticos, tanto en ecografía (US) como en resonancia magnética (RM).

CASO CLÍNICO 1

Paciente femenina de 17 años, sin antecedentes patológicos de relevancia conocidos, con menarca a los 11 años y ciclos menstruales relativamente regulares.

Consulta en reiteradas ocasiones desde los 13 años, por dolor pélvico, a veces asociado al ciclo menstrual, tipo cólico, de intensidad moderada a severa, refractario a tratamiento con analgésicos.

Se realizó ecografía ginecológica transabdominal, observando una masa hipoecoica con un centro ecogénico de bordes netos ubicada en fondo uterino, que impresionaba estar en contacto con el endometrio (*fig. 1*). Se continúa su evaluación con RM de pelvis.

En la RM de pelvis, se evidenció una masa cavitada, bien definida, dentro del espesor del miometrio en el fondo uterino del lado izquierdo. La misma estaba revestida por un tejido de intensidad de señal hiperintensa en T2 similar al endometrio con un nivel líquido-líquido. El contenido líquido se visualizó hipointenso en las secuencias ponderadas en T2 (A y C) e hiperintenso en las secuencias ponderadas en T1(B) correspondiendo a productos de degradación hemática. La

misma se encuentra rodeada por un tejido fibromuscular de intensidad de señal similar a la del miometrio del cuerpo uterino. No se identificaron signos de endometriosis. Las trompas de Falopio y ovarios no mostraron alteraciones. (*Fig. 1*)

Malformación Uterina Cavitada Accesoria (ACUM) como causa de dolor pélvico crónico subdiagnosticada

| Manassero, Marcos Exequiel

| Robledal, María Luciana

| Gutiérrez, María José

| Vargas, Cecilia

| Vega, María Sol

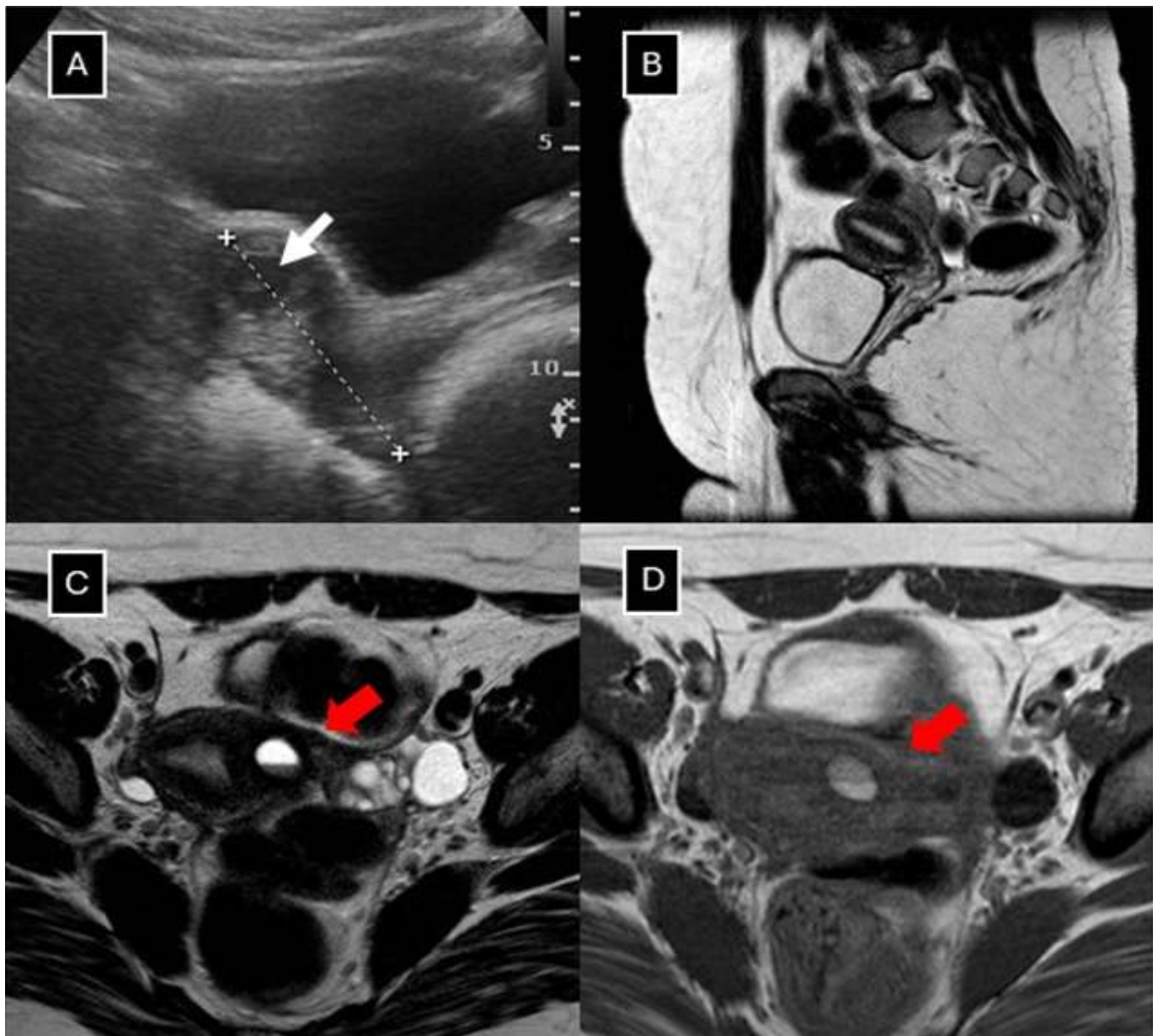


Figura 1. Ecografía ginecológica y resonancia magnética de pelvis.

Útero en enterversoflexión de forma y tamaño conservado, ecoestructura heterogénea a expensa de imagen redondeada a nivel de fondo uterino, hipoeoica, de límites netos, que mide 1.3 cm (flecha blanca) **(A)**.

RM En secuencias T2, zona de unión de señal y espesor conservado, sin signos de adenomiosis **(B)**.

Corte axial T2 evidencia lesión cavitada (flecha roja) a nivel de miometrio, debajo del ligamento redondo izquierdo, con nivel líquido-líquido y pared gruesa hipointensa correspondiente a tejido de características similares al miometrio **(C)**.

La lesión presenta contenido de señal hiperintenso en T1, que podría corresponder a productos de la degradación hemática **(D)**.

Malformación Uterina Cavitada Accesorio (ACUM) como causa de dolor pélvico crónico subdiagnosticada

| Manassero, Marcos Exequiel

| Robledal, María Luciana

| Gutiérrez, María José

| Vargas, Cecilia

| Vega, María Sol

CASO CLÍNICO 2

Paciente femenina de 32 años, con antecedentes patológicos de obesidad, antecedentes gineco-obstétricos de tres gestas y un aborto, con ciclos menstruales irregulares. Presenta como antecedentes quirúrgicos dos cesáreas y ligadura de trompas.

Consulta en repetidas ocasiones desde los quince años por dolor en hipogastrio, sordo, incapacitante crónico, refractario al tratamiento con analgésico asociado a dismenorrea.

Se realizó ecografía ginecológica transvaginal que demostró una lesión de aspecto solido-quística de bordes bien definidos de contenido

heterogéneo dentro del espesor del miometrio (*fig. 2-A*). Se plantearon como diagnósticos diferenciales adenomioma quístico, mioma con degeneración y ACUM. Se sugirió complementar los hallazgos con RM de pelvis con contraste para un diagnóstico de certeza.

En la RM de pelvis se identificó en miometrio por debajo del ligamento redondo derecho una lesión cavitada con pared gruesa hipointensa en T2 que corresponde a miometrio. Presentó contenido hiperintenso en T1 FatSat (FS) de aspecto hemático con nivel líquido-líquido. Los hallazgos fueron compatibles con ACUM. (*fig. 2*)

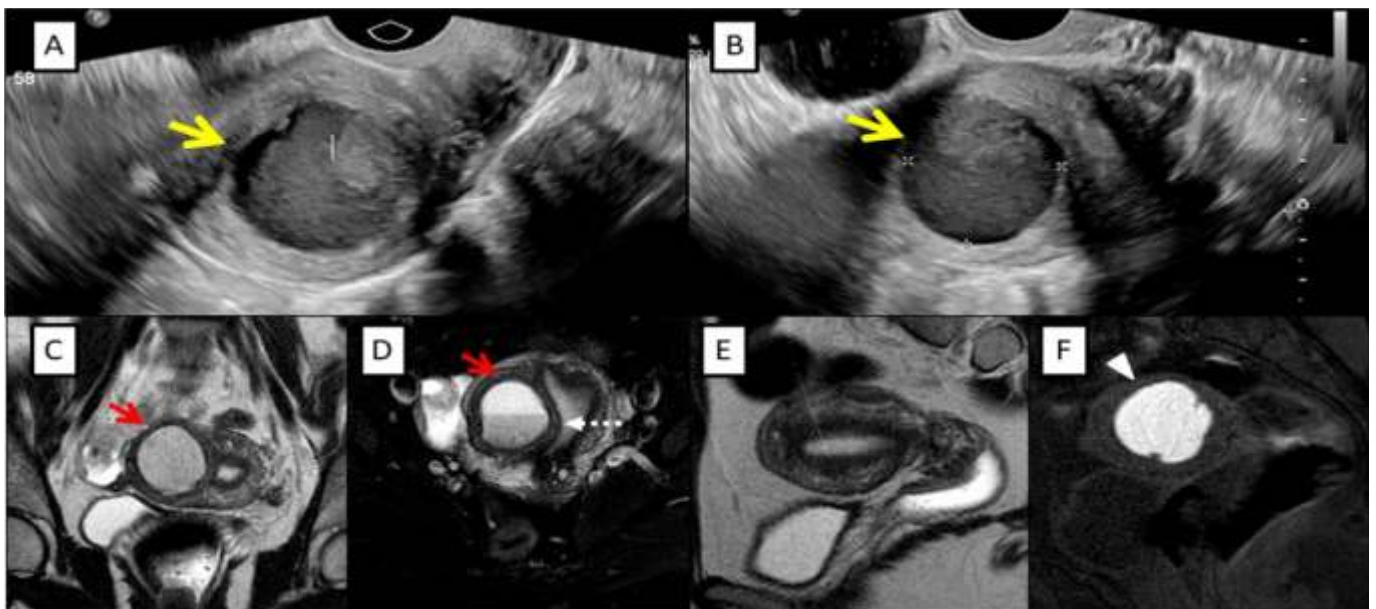


Figura 2: Ecografía ginecológica transvaginal y resonancia magnética de pelvis.

Útero en sagital y en transverso, se observa en anteversoflexión de forma y tamaño conservado. Se visualizó lesión sólida con centro quístico (flecha amarilla) de bordes bien definidos, de contenido heterogéneo, dentro del espesor del miometrial **(A-B)**

En T2 se identifica por debajo del ligamento redondo derecho, a nivel de miometrio, una lesión cavitada (flecha roja), que midió 44 mm x 39 mm, con nivel líquido-líquido (flecha blanca punteada) y pared gruesa hipointensa que corresponde a miometrio **(C-D)**.

Zona de unión de señal y características conservadas, no se identifican signos de adenomiosis **(E)**.

En T1FS presenta contenido hipertenso (punta de flecha) que sugiere contenido hemático **(F)**.

Malformación Uterina Cavitada Accesorio (ACUM) como causa de dolor pélvico crónico subdiagnosticada

| Manassero, Marcos Exequiel

| Robledal, María Luciana

| Gutiérrez, María José

| Vargas, Cecilia

| Vega, María Sol

DISCUSIÓN

Los métodos por imágenes cumplen un rol muy importante en la valoración de las pacientes con dolor pelviano. La US transvaginal o transabdominal constituye la primera herramienta diagnóstica, siendo necesario recurrir a una RM ante diagnósticos inconclusos o para profundizar la caracterización de determinados hallazgos. Una paciente con dolor pelviano crónico, dismenorrea e infertilidad con hallazgo de lesión con componente quístico en el espesor del miometrio, plantea el diagnóstico diferencial de adenomio-ma quístico. El mismo se visualiza en RM como una masa intramural poco definida, cavitada, que puede tener tanto componente quístico (hiperintenso en T2) como hemorrágico (hiperintenso en T1), asociado habitualmente a otros signos de adenomiosis^{2,3}.

Otra causa, aunque poco frecuente, de presentación clínica similar es el útero unicornio con cuerno rudimentario obstruido, que es el resultado de una fusión incompleta de los conductos de Müller. El cuerno rudimentario obstruido tiene una cavidad recubierta por endometrio funcional con acumulación de los productos hemáticos. Por este motivo, las pacientes se presentan con dismenorrea tras la menarca y acentuación del dolor con cada menstruación. En la RM es característico encontrar dos cuernos uterinos uno de ellos en comunicación con el canal cervical y el otro incomunicado. Constituye ésta una de las principales diferencias con el ACUM, que presenta una cavidad endometrial normal⁴⁻⁷.

La degeneración roja de un leiomioma es un infarto de éste, que se produce como consecuen-

cia de insuficiencia vascular. Es más frecuente en el embarazo o con el uso de anticonceptivos orales. Los hallazgos en RM incluyen hiperintensidad periférica o difusa en las imágenes ponderadas en T1, en relación con la abundante metahe-moglobina intracelular de los vasos obstruidos, con intensidad variable de la señal, con o sin borde hipointenso en las imágenes ponderadas en T2^{8,9}.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descripto, podemos, ante una paciente con dolor pelviano y hallazgo de una lesión cavitada en los estudios por imágenes, orientarnos a los posibles diagnósticos, pudiendo así distinguir las subdiagnosticadas ACUM.

Conflicto de interés

Los autores de este artículo no declaran conflictos de interés.

Malformación Uterina Cavitada Accesorio (ACUM) como causa de dolor pélvico crónico subdiagnosticada

| Manassero, Marcos Exequiel

| Robledal, María Luciana

| Gutiérrez, María José

| Vargas, Cecilia

| Vega, María Sol

BIBLIOGRAFÍA

1. Putta T, John R, Simon B, Sathyakumar K, Chandramohan A, Eapen A. Imaging Manifestations of Accessory Cavitated Uterine Mass—A Rare Mullerian Anomaly. *Indian J Radiol Imaging*. 31(03): 545-50. Julio de 2021.
2. Gupta S, Manchanda S, Vyas S, Malhotra N, Mathur SR, Kulshrestha V. Imaging features of accessory cavitated uterine mass (ACUM): a peculiar yet correctable cause of dysmenorrhea. *Abdom Radiol [Internet]*. 4 de enero de 2023 [citado 2 de abril de 2025]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00261-022-03790-0>
3. Zhang M, Bazot M, Tsatoumas M, Munro MG, Reinhold C. MRI of Adenomyosis: Where Are We Today? *Can Assoc Radiol J*. 74(1):58-68. Febrero de 2023.
4. Fernández Rial M, Pardo Pumar MI, Leal Gómez E, García Giménez ME, Moral Santamarina JE. Útero unicorne con cuerno rudimentario no comunicante en la adolescencia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 55(3):146-9. Marzo de 2012.
5. Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J, Lindheim SR, Petrozza JC, Rackow BV, et al. ASRM müllerian anomalies classification. *Fertility and Sterility*. noviembre de 2021;116(5):1238-52. 2021.
6. Rivero B, Aizpitarte I, Elvira A, Ramón Becerro J. Dismenorrea por útero unicorne con cuerno rudimentario. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. marzo de 50(3):164-9. 2007.
7. Isono W, Tsuchiya A, Honda M, Saito A, Tsuchiya H, Matsuyama R, et al. Successful Management of a Noncommunicating Rudimentary Uterine Horn Pregnancy by Laparoscopic Surgery: A Case Report and Literature Review. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. 11(1): 7-16. Enero de 2022.
8. Irahia Y, Okada M, Irahia R, Azama K, Yamashiro T, Tsubakimoto M, et al. CT and MR Imaging of Gynecologic Emergencies. *RadioGraphics*. 37(5):1569-86. Septiembre de 2017.
9. Huete G Á, Craig V J, Vial A MC, Farías J M, Tsunekawa H, Cuello F M. Rol de la imagenología en el proceso diagnóstico de la patología ginecológica benigna. *Rev chil obstet ginecol*. 81(1):63-85. Febrero de 2016.

Psitacosis Silvestre

| Basualdo, Valentina

| Díaz, María Florencia

| Funes, Rocío

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

Correspondencia: Basualdo, Valentina

E-mail: valentinabasualdo1985@gmail.com

RESUMEN:

Se describe un caso de psitacosis con manifestaciones respiratorias graves en un paciente con exposición a aves silvestres. El diagnóstico se sospechó por el cuadro clínico y el antecedente epidemiológico, y se confirmó mediante métodos directos para *Chlamydia psittaci* y una respuesta favorable al tratamiento con doxiciclina. Este caso resalta la importancia de considerar la psitacosis como etiología de neumonías atípicas adquiridas en la comunidad, especialmente en presencia de factores epidemiológicos relevantes, para garantizar un diagnóstico y tratamiento oportunos

Palabras clave:

Psitacosis, ornitosis, *Chlamydia psittaci*, neumonía atípica, zoonosis.

INTRODUCCIÓN

La psitacosis, también conocida como ornitosis, es una zoonosis causada por *Chlamydia psittaci*, una bacteria intracelular obligada. La infección en hombres suele adquirirse por exposición a aves infectadas, principalmente psitácidos domésticos, aunque otras especies aviarias incluidas las silvestres pueden actuar como reservorios. Las aves, ya sean sintomáticas o portadoras asintomáticas, eliminan el patógeno a través de secreciones respiratorias, digestivas o urinarias, contaminando el ambiente. La vía de transmisión principal es la inhalación de aerosoles, sin requerir contacto prolongado o directo.

El período de incubación varía de 7 a 15 días y la presentación clínica abarca desde infecciones respiratorias leves hasta neumonías graves con compromiso sistémico. El diagnóstico se basa en tres pilares: clínica compatible, epidemiológicos y confirmación por laboratorio mediante métodos directos (cultivo, PCR) o indirectos (serología). El tratamiento de elección es la doxiciclina,

con mejoría esperada dentro de las 48 horas. Sin tratamiento la mortalidad puede alcanzar el 20%, pero con terapia adecuada se reduce a aproximadamente el 1%¹.

Presentamos un caso de psitacosis por aves no domésticas por su incidencia inusual.

CASO CLÍNICO

Hombre de 40 años con antecedentes de cirrosis autoinmune con regular adherencia al tratamiento, ingresó en Servicio de Clínica Médica por disnea clase funcional IV, fiebre y tos de varios días de evolución. Al ingreso presentaba hipoxemia severa (PaO_2 46.5 mmHg, saturación 84%) con requerimiento de oxigenoterapia de alto flujo (CAFO).

Los estudios iniciales incluyeron hemocultivos, cultivo de esputo para gérmenes comunes, serología para VIH y PCR para Sars-CoV2, siendo negativos. La tomografía computarizada de tórax sin contraste reveló áreas extensas de con-

Psitacosis Silvestre

| Basualdo, Valentina

| Díaz, María Florencia

| Funes, Rocío

solidación alveolar bilateral con broncograma aéreo, compatibles con un proceso infeccioso atípico. Los análisis de laboratorio mostraron leucocitosis con neutrofilia, elevación de reactivantes de fase aguda (VSG, PCR, ferritina) y aumento de transaminasas (predominio de GOT y GPT).

Se inició tratamiento empírico con ampicilina-sulbactam y claritromicina, resultando en una evolución tórpida durante los primeros cinco días, con persistencia de insuficiencia respiratoria. En colaboración con Servicio de Infectología se identificó un antecedente epidemiológico relevante: el paciente y sus padres, quienes se encontraban internados simultáneamente en otro hospital por un cuadro similar, estuvieron expuestos a aves silvestres en su domicilio. Ante la sospecha de psitacosis, se realizaron hisopado nasofaríngeo y serología para *Chlamydia psittaci*. Se realizó cambio de tratamiento a doxiciclina y ampicilina vía oral. A las 48 horas el paciente mostró mejoría clínica significativa, con reducción del requerimiento de oxígeno. Fue dado de alta tras 10 días de internación, completando 14 días de tratamiento ambulatorio. Luego se recibió PCR positiva para *Chlamydia psittaci*, confirmando finalmente el diagnóstico presuntivo inicial.

DISCUSIÓN

La psitacosis, causada por *Chlamydia psittaci*, es una zoonosis infradiagnosticada que representa aproximadamente el 1% de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) y hasta el 3% de las NAC graves². Aunque las aves, especialmente psitácidos, son el principal reservorio, este caso resalta la importancia de las aves silvestres como fuente emergente de infección en Argentina². En los últimos cuatro años se ha observado un incremento significativo de casos de psitacosis asociados a aves silvestres (loros,

cotorras, palomas) debido a la captura ilegal, el comercio no regulado y el contacto en entornos domésticos, particularmente en provincias como Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Mendoza³.

En 2024, el Boletín Epidemiológico Nacional reportó un brote de psitacosis con 105 casos confirmados a nivel nacional hasta mayo, de los cuales el 9% correspondieron a la región de Cuyo, incluyendo San Juan. En esta provincia los casos se vincularon principalmente al contacto con aves silvestres, aunque no se dispone de un número exacto de casos confirmados. Comparativamente, la región Centro, con Buenos Aires y Entre Ríos a la cabeza, concentró el 84% de los casos, evidenciando una distribución geográfica desigual⁴. Este contexto epidemiológico subraya la necesidad de fortalecer la vigilancia en regiones con menor incidencia, como San Juan, donde las prácticas de captura y comercio de aves silvestres persisten.

El caso presentado ilustra la relevancia del antecedente epidemiológico y el nexo familiar en la orientación diagnóstica. La presentación clínica de la psitacosis es variable, pero la neumonía atípica con compromiso respiratorio grave, como se observó en este paciente con comorbilidades, es una manifestación frecuente. La falta de respuesta inicial a macrólidos y betalactámicos, junto con hallazgos radiológicos de consolidación bilateral, destacó la necesidad de considerar etiologías atípicas en el diagnóstico diferencial. La confirmación mediante PCR y la rápida respuesta a doxiciclina no solo validaron el diagnóstico, sino que también confirmaron la eficacia del tratamiento específico, consistente con la literatura.

Este caso refuerza la importancia de incluir la psitacosis en el diagnóstico diferencial de NAC

Psitacosis Silvestre

| Basualdo, Valentina

| Díaz, María Florencia

| Funes, Rocío

grave, especialmente en pacientes con exposición a aves y resistencia a tratamientos empíricos convencionales. La detección temprana y el tratamiento adecuado son cruciales para reducir la morbimortalidad, que puede ser significativa en ausencia de intervención oportuna¹. Además, el aumento de casos asociados a aves silvestres indica que el riesgo no se limita a psitácidos domésticos, tradicionalmente considerados la principal fuente de *C. psittaci*. Por ello, es fundamental evaluar la exposición a aves silvestres en cada caso, particularmente en regiones donde la captura y comercio ilegal son prevalentes.

En conclusión, este reporte subraya la necesidad de una mayor sensibilización clínica sobre la psitacosis, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la implementación de medidas para controlar el comercio no regulado de aves silvestres. Estas acciones son esenciales para mitigar el impacto de esta zoonosis en la salud pública.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con esta publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Argentina de Infectología. Psitacosis: situación actual [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Infectología; 2024.
2. Díaz L, Lacordebe F, Braselli A, Sadi I. Tres casos de psitacosis. Rev Med Uruguay. 1995; 11:214–8.
3. Gobierno de Mendoza. Psitacosis: recomendaciones sanitarias para evitar el contagio de la enfermedad [Internet]. Mendoza: Gobierno de Mendoza; 2024.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2024.
5. Primera Edición. Se detectó un brote de psitacosis en Argentina [Internet]. Misiones: Primera Edición; 2024.

Pancreatitis aguda por hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso

| Dallazuana Putelli, María Valentina¹

| Navarro Belli, Daniela¹

| Perello, Pablo Jeremías²

Servicio de Clínica Médica¹ y Servicio de Terapia Intensiva² del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan - Argentina

Correspondencia: Dallazuana Putelli, María Valentina

E-mail: valedallazuana@gmail.com

RESUMEN:

La pancreatitis aguda es una afección inflamatoria del páncreas potencialmente fatal, con una mortalidad general que puede alcanzar el 20%. Sus principales etiologías incluyen la litiasis biliar y el consumo crónico de alcohol. Entre las causas menos comunes se encuentra la hipercalcemia, especialmente la originada por hiperparatiroidismo primario, con baja prevalencia pero relevante impacto clínico.

Caso Clínico:

Paciente femenina de 35 años sin antecedentes patológicos conocidos, ingresa a clínica médica con diagnóstico de pancreatitis aguda. Se abordan múltiples algoritmos diagnósticos en búsqueda de causa etiológica, evidenciándose hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario como responsable del padecimiento agudo. Se detecta por centellograma la presencia de adenoma de paratiroides, siendo resecado quirúrgicamente.

Conclusión:

En los pacientes con pancreatitis en los que se hayan descartado las causas más comunes debe hacerse un protocolo de estudio riguroso. Si se encuentran hallazgos de hipercalcemia mediada por parathormona debe caracterizarse y localizarse la lesión paratiroidea, dado que el tratamiento definitivo consiste en la resolución quirúrgica, lo que permite prevenir complicaciones secundarias y recurrencias de pancreatitis a largo plazo.

Palabras claves:

hipercalcemia, hiperparatiroidismo primario, pancreatitis aguda

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria del páncreas que se caracteriza por dolor abdominal y niveles elevados de enzimas pancreáticas en sangre. La incidencia mundial oscila entre 5-80 por cada 100.000 habitantes.

Son múltiples las etiologías que desencadenan dicha condición, entre ellas la litiasis biliar

(40%) y el consumo crónico de alcohol (30%) son responsables de la mayoría de los casos. En menor frecuencia se encuentran causas idiopáticas, iatrogénicas, infectológicas, farmacológicas, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, entre otras¹. Es necesario investigar cuál es el desencadenante de tal escenario tanto para dirigir el tratamiento como para evitar recurrencias.

Pancreatitis aguda por hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso

| Dallazuana Putelli, María Valentina

| Navarro Belli, Daniela

| Perello, Pablo Jeremías

Si bien la hipercalcemia no está dentro de las causas más comunes de pancreatitis aguda, es importante sospecharlo y solicitar analítica sérica completa ya que redirecciona el abordaje del cuadro clínico. La hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario es una causa rara de pancreatitis aguda, con una prevalencia documentada de 1.5-8%, sin embargo, menos del 1% de los pacientes con pancreatitis aguda lo presenta. La literatura destaca que los pacientes con hipercalcemia severa presentan un mayor riesgo de desarrollar pancreatitis aguda, recurrencias e incluso progresión a formas crónicas, lo que suele motivar la consulta médica y facilita su detección temprana². Puede ocurrir en cualquier edad, sin embargo, en la mayoría de los casos se reporta por encima de los 45 años, con una predominancia en el sexo femenino de 2:1³. Se confirma ante el dosaje de un nivel elevado de calcio sérico ajustado por albúmina en presencia de una hormona paratiroidea elevada o inapropiadamente normal en dos ocasiones con al menos 2 semanas de diferencia⁴. Las bases anatómicas son múltiples, entre ellas se encuentra la presencia de un adenoma único (80-85% de los casos) o, menos frecuentemente por múltiples adenomas (4% de los casos), la hiperplasia multiglandular (10-15%) y el carcinoma de paratiroides (menos del 1% de los casos). Aunque la mayoría de hiperparatiroidismo primario es de aparición esporádica, es esencial estar alerta a la historia familiar y a signos asociados a endocrinopatías como feocromocitoma, tumores hipofisarios o carcinoma medular de tiroides, vistos en las neoplasias endocrinas múltiples².

Dentro de los mecanismos más descritos encontramos que la hipercalcemia produciría la activación de tripsinógeno a tripsina, generando autodigestión del páncreas y la subsiguiente pancreatitis. La segunda modalidad es que la hipercalcemia produce la formación de cálculos pancreáticos, obstrucción ductal y ataques de pancreatitis aguda o crónica⁵.

Es importante que resuelto el cuadro agudo de pancreatitis se aborde tal endocrinopatía. Como parte del manejo del medio interno se recomienda asegurar una buena hidratación tanto oral como parenteral, realizando controles rigurosos de ritmo diurético, abordaje de hipercalcemia con bifosfonatos (se sugiere el uso de pamidronato o zoledronato), dosaje de fósforo y magnesio con el fin de suplementar aquellas deficiencias y evitar el cuadro de hueso hambriento (hungry bone)⁶. Como tratamiento definitivo, los distintos estudios recomiendan una conducta quirúrgica en aquellos pacientes que presenten síntomas clásicos de complicaciones de hiperparatiroidismo primario, así como también aquellos asintomáticos según criterios etarios, dosaje de calcemia, calciuria, tasa estimada de filtrado glomerular y/o densitometría ósea. La técnica quirúrgica convencional que postulan las distintas guías consiste en la exploración bilateral del cuello con identificación de todas las paratiroides y remoción del adenoma (o adenomas) paratiroideo(s), o resección subtotal de tres glándulas y media en pacientes con hiperplasia paratiroidea⁶. Requiere la evidencia de tejido paratiroideo patológico en la biopsia por congelación o la posibilidad de constatar un descenso de hormona paratiroides intraoperatoria mayor al 50%. La bibliografía propone la necesidad de dos estudios de localización concordantes. Entre ellos, la utilización de la ecografía de cuello, como el centellograma de paratiroides con sesta-

Pancreatitis aguda por hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso

| Dallazuana Putelli, María Valentina

| Navarro Belli, Daniela

| Perello, Pablo Jeremías

mibi-tecnecio^{99m} combinadas son una buena opción para la detección de lesión paratiroidea y programación de cirugía. La ecografía de paratiroides puede detectar un adenoma con facilidad cuando es mayor de 1 cm, describiéndose como una masa bien circunscrita, hipoeogénica y homogénea a la glándula tiroides circundante, con vascularización periférica. La sensibilidad de la ecografía varía del 70 al 81%. La gammagrafía Tc-^{99m} es una técnica de imagen de medicina nuclear que se basa en diferente tasa de lavado de sestamibi de la tiroides en comparación con el lavado más lento en el tejido paratiroideo hiperactivo. El Tc-^{99m} marcado con sestamibi tiene una alta afinidad por las mitocondrias de la paratiroides y por lo tanto tiene una absorción prolongada y ávida en adenomas. La imagen típica del adenoma de paratiroides consiste en hipercaptación focal en la imagen temprana con lavado lento del radiotrazador en la imagen tardía. Es importante tratar el hiperparatiroidismo primario ya que estos pacientes presentan un riesgo aumentado, hasta 10 veces mayor, de padecer episodios de pancreatitis aguda a repetición³.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 35 años sin antecedentes patológicos conocidos, que consulta a urgencias de nuestro nosocomio por presentar dolor abdominal y náuseas de horas de evolución. Se realiza analítica sérica que evidencia hiperamilasemia y leucocitosis, ecografía abdominal donde hay ausencia de litiasis vesicular con aumento de tamaño de páncreas heterogéneo, y tomografía computada abdomen y pelvis con contraste que informa presencia de colecciones peripancreáticas líquidas y rarefacción de la grasa mesentérica. Derivada a terapia intensiva donde inicia tratamiento antibiótico con meropenem 3 días, pasando a clínica médica con diagnóstico de pan-

creatitis aguda Balthazar D. A fin de identificar la causa etiológica, se solicita analítica completa que evidencia hipercalcemia 15mg/dl, hormona paratiroidea 363 mg/dl, interpretándose como hiperparatiroidismo primario. Se encontró con hiperhidratación y bifosfonatos (ácido zoledrónico 4mg), y controles séricos diarios de metabolismo fosfocálcico, otorgando posterior alta hospitalaria. Valorada en conjunto con endocrinología, se solicita centellograma paratiroideo, que evidencia imagen en polo inferior de lóbulo tiroideo derecho, correspondiente a adenoma paratiroideo. Por haber debutado con una complicación grave como lo es la pancreatitis, se realiza paratiroidectomía inferior derecha con biopsia positiva para hiperplasia paratiroidea, siendo discordante con el diagnóstico presuntivo del centellograma. Actualmente la paciente no ha presentado recurrencia de dicha pancreatitis ni complicaciones secundarias a largo plazo, continúa en seguimiento por endocrinología, en plan de realización de PET TC (tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computarizada) colina, con el fin de determinar diagnóstico etiológico y completar tratamiento.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda continúa siendo una emergencia médica de alta prevalencia, secundaria a múltiples etiologías posibles. Entre ellas la hipercalcemia representa una causa poco frecuente y, por lo tanto, a menudo subestimada, especialmente cuando se asocia al hiperparatiroidismo primario. Así como la literatura destaca la correlación entre la severidad de la hipercalcemia y el temprano debut clínico, el diagnóstico precoz de nuestro paciente con el tratamiento adecuado permitió la buena evolución, retrasando así la progresión a formas crónicas y recurrencias. Por ello, destacamos la importancia en

Pancreatitis aguda por hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso

| Dallazuana Putelli, María Valentina

| Navarro Belli, Daniela

| Perello, Pablo Jeremías

su sospecha inicial como una valiosa oportunidad diagnóstica, que permite instaurar un tratamiento integral y prevenir complicaciones a largo plazo.

En comparación a la literatura, la cual es escasa debido a la baja frecuencia de la patología, observamos que en un reporte de caso publicado en Murcia en 2008, un paciente masculino de 30 años debutó con características similares a nuestra paciente, y que luego del abordaje quirúrgico del hiperparatiroidismo primario se encuentra asintomático 2 años después de la intervención, con cifras de calcemia normales y una tomografía abdominal de control que muestra un páncreas de morfología normal⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucero, O. Salgado, J. 2023. Pancreatitis aguda en el escenario de hipercalcemia por hiperparatiroidismo primario. Actualizaciones en osteología. VOL. 19 - Nº 2 - 2023. Disponible en: <https://ojs.osteologia.org.ar/ojs33010/index.php/osteologia/article/view/63/74>
2. Kumar Arya, A. Kumar Bhadada, S. Mukherjee, S. et al. 2018. Frecuencia y predictores de pancreatitis en el hiperparatiroidismo primario sintomático. Indian J Med Res. 2018 Dec; 148(6):721–727. doi:10.4103/ijmr.IJMR_353_16
3. Khoo, T. Swaroop Vege, S. Abu-Lebdeh, H. Ryu, E. Nadeem, S. Wermers, R. 2009. Acute Pancreatitis in Primary Hyperparathyroidism: A Population - Based Study. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. J Clin Endocrinol Metab-. 2009 Mar 24;94(6): 2115-2118. doi: 10.1210/jc.2008-1965
4. Bilezikian, J. Khan, A. Silverberg, S. et al. 2022. Evaluation and Management of Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement and Guidelines from the Fifth International Workshop. Journal of Bone and Mineral Research, Volume 37, Issue 11, 1 November 2022, Pages 2293–2314, <https://doi.org/10.1002/jbmr.4677>
5. Robles- Cuadros, J. Lastarria-Bamberger, C. Murillo-Pérez, D. J. Rivas-Caballeros, A. Piscoya. 2015. Pancreatitis por hipercalcemia secundaria a un adenoma de paratiroides y la presencia de un carcinoma papilar tiroideo asociado. Rev. gastroenterol. Perú vol.35 no.2 Lima abr. 2015. ISSN 1022-5129
6. Sánchez, A. Ercolano, M. Frigeri, A. et al. 2006. Consenso argentino sobre hiperparatiroidismo primario. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. vol. 43, Nº 3, pp. 160-174 (2006).
7. Cascales, P. Ríos, A. Rodríguez, J.M. Parilla, P. 2008. Pancreatitis aguda grave como forma de inicio de hiperparatiroidismo primario por adenoma. Cirugía Española. Volume 83, Issue 5, May 2008, Pages 274-275. Doi [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(08\)70573-6](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(08)70573-6).

Edema masivo de ovario. Reporte de caso

| Ruiz Ciancio, María Florencia

Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan - Argentina

Correspondencia: Ruiz Ciancio, María Florencia

E-mail: mflorenciaruizc@gmail.com

RESUMEN:

El edema masivo de ovario es un tumor estromal raro y benigno causado por obstrucción venosa y linfática crónica. Por tal motivo es importante tenerlo en cuenta con sus características clínicas y radiológicas en el proceso de la elaboración del diagnóstico diferencial. Reconocerlo es esencial, puesto que suele afectar a pacientes jóvenes, en quienes se podría realizar una cirugía conservadora.

Se presenta el caso de una paciente de 23 años, asintomática, en la que en su control anual se encuentra, mediante ecografía y resonancia, un anexo aumentado de tamaño, con folículos periféricos y escasa vascularización.

Su diagnóstico es crucial porque excluye otras posibilidades tumorales del ovario, y permite mediante una cirugía conservadora, la preservación del anexo, y por lo tanto, de la capacidad reproductiva.

Palabras claves:

Ovario, edema, dolor abdominal

INTRODUCCIÓN

Es una patología de presentación poco frecuente en la práctica quirúrgica ginecológica.¹ Fue descrito como una entidad clinicopatológica por Kalston en 1969.³

Es raro y benigno, con mayor incidencia en la segunda y tercera década de la vida. Es secundario a la torsión del pedículo ovárico, alterando el drenaje venoso y linfático, produciendo crecimiento del mismo, por lo que puede presentarse como masa anexial.²

El cuadro clínico es variable. Suele presentarse con dolor abdominal difuso y subagudo. Puede asociarse con alteraciones menstruales e infertilidad, algunos muestran virilización y pubertad precoz.²

En el estudio ultrasonográfico el indicador más importante es la presencia de múltiples folículos ubicados en la periferia de la corteza del ovario, el cual presenta aumento de tamaño². Por resonancia el tamaño es variable, de 5 a 40cm, con un estroma edematoso que muestra intensidad de señal baja en T1 y alta en T2, con realce post contraste³.

El diagnóstico diferencial incluye causas de abdomen agudo, como torsión anexial, y neoplasia.² Su reconocimiento y diagnóstico es importante porque excluye otras posibilidades tumorales del ovario tales como fibromas, fibromatosis, ovarios poliquísticos, tumores estromales, carcinomas metastásicos o linfomas.³

La comprensión de esta patología disminuirá

Edema masivo de ovario. Reporte de caso

| Ruiz Ciancio, María Florencia

preocupaciones y abordajes innecesarios. La preservación de la fertilidad es el objetivo principal del tratamiento.²

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 23 años, sin antecedentes personales de relevancia, que concurre asintomática a su control ginecológico anual. Como parte de los estudios de rutina, se le realiza una ecografía transvaginal, siendo este su primer control ecográfico ginecológico.

En la ecografía se evidencia útero y endometrio de características ecográficas acorde a la edad de la paciente. En ovario derecho, de forma incidental, se visualizó una imagen nodular sólida ecogénica de 11 x 12mm en relación a teratoma maduro. El ovario izquierdo se visualizó aumentado de tamaño respecto a su contralateral, de ecoestructura heterogénea, con algunos folículos periféricos. Sus dimensiones fueron 5.6cm x 4.6cm x 2.9cm, Volumen 40cc. Presentó escasa vascularización al rastreo Doppler color. (figura 1)

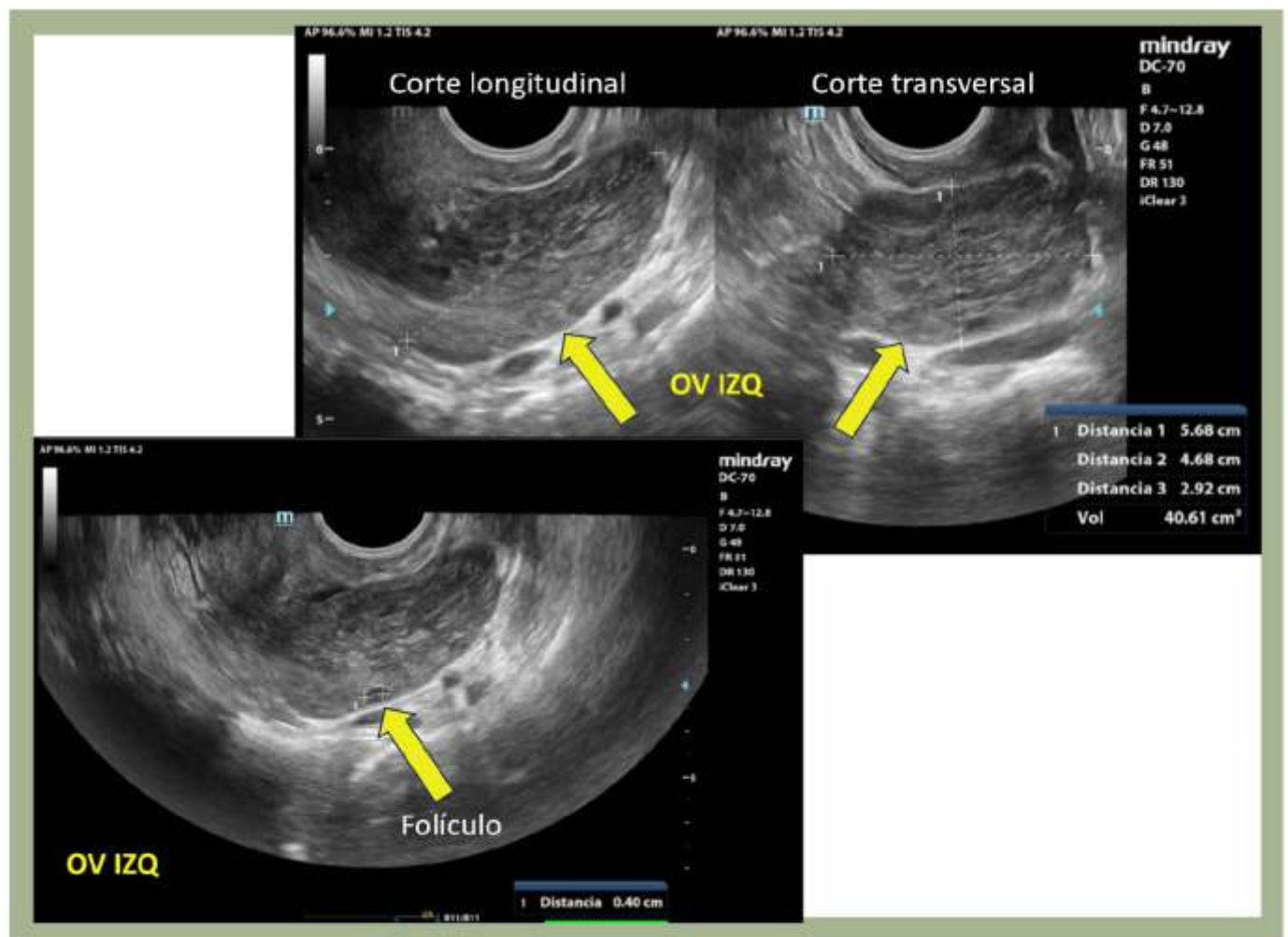


Figura 1: ECO TV. Ovario izquierdo aumentado de tamaño, de ecoestructura heterogénea, folículos periféricos, escasa vascularización al rastreo Doppler color

Edema masivo de ovario. Reporte de caso

| Ruiz Ciancio, María Florencia

Dado que las características ecográficas sugerían la posibilidad de torsión ovárica, se indicó resonancia magnética (RM) de pelvis con contraste para una mejor caracterización.

En el estudio de resonancia se confirmó el incidental teratoma maduro del ovario derecho. El

ovario izquierdo se visualizaba aumentado de tamaño, de apariencia edematosa, hipointenso en secuencias T1, hiperintenso en secuencias T2, con marcada restricción en secuencias de difusión. Con el contraste endovenoso, solo en tiempo tardío, se observa un realce septal muy tenue. (figura 2)

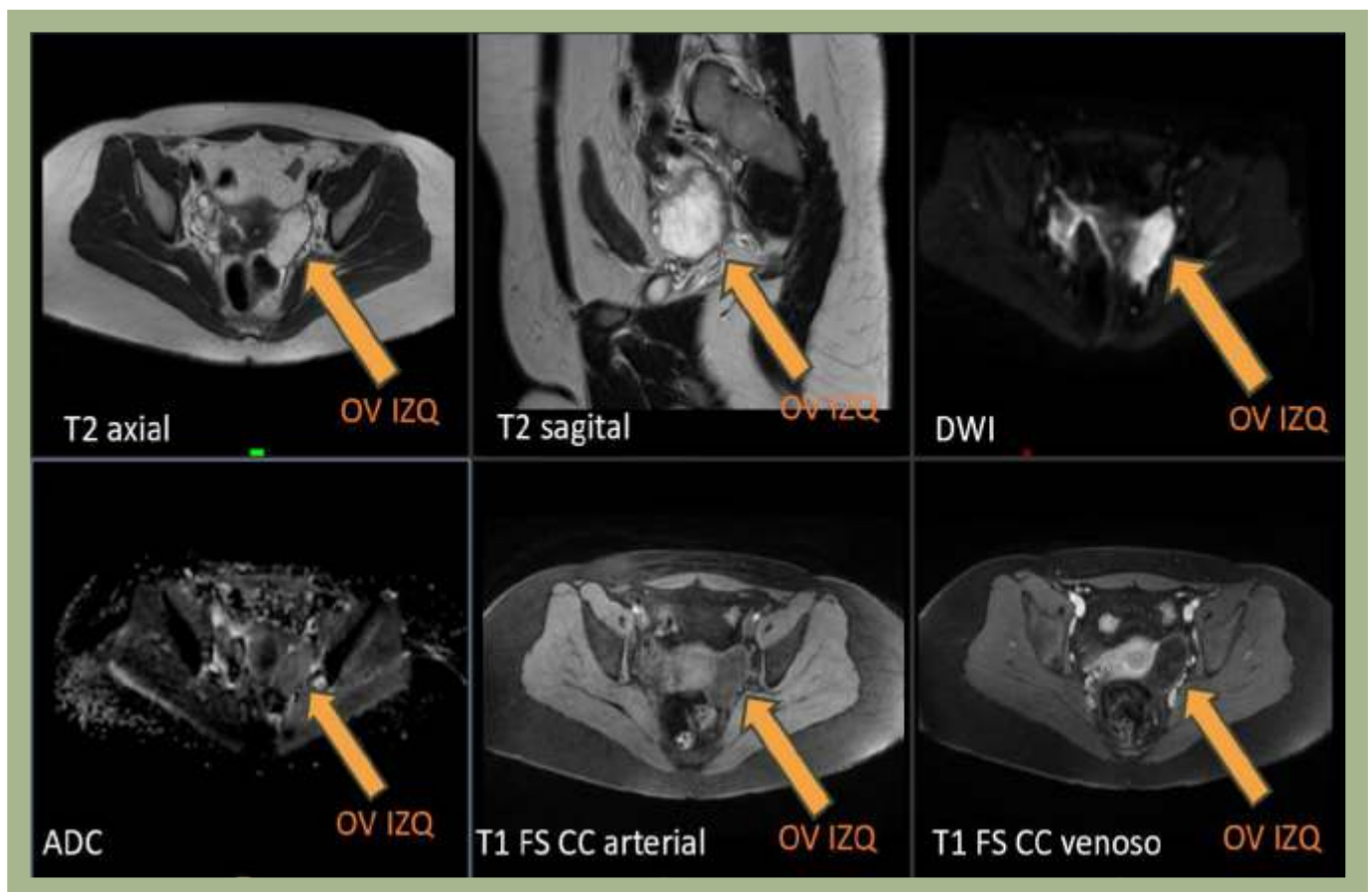


Figura 2: RM PELVIS.

T2 axial, T2 sagital, DW, ADC, T1 con contraste arterial y venoso. Ovario izquierdo (flecha) aumentado de tamaño, apariencia edematosa, marcada restricción en secuencias de difusión, realce septal muy tenue en tiempo tardío.

Edema masivo de ovario. Reporte de caso

| Ruiz Ciancio, María Florencia

Estos hallazgos fueron compatibles con edema masivo de ovario. Si bien comparten ciertas características imagenológicas con torsión anexial, no se identificaron signos de torsión franca ni masas sólidas asociadas y la paciente no presentaba la clínica típica de abdomen agudo, lo que permitió orientar el diagnóstico hacia esta entidad.

DISCUSIÓN

El edema masivo de ovario es una patología muy poco frecuente que se produce por la torsión parcial o intermitente del pedículo ovárico, resultando en un compromiso del drenaje linfático y venoso, pero no del flujo arterial.³

Puede simular lesiones tumorales ováricas, lo que conlleva a diagnósticos erróneos y, por ende, a tratamientos quirúrgicos innecesarios o agresivos³. Este caso resalta la importancia del reconocimiento de sus características clínicas e imagenológicas para establecer un diagnóstico correcto y, en consecuencia, preservar la función ovárica y la fertilidad.

Si bien suele asociarse a cuadros de dolor abdominal², esta paciente se encontraba completamente asintomática, lo que representa un hallazgo incidental poco frecuente, dado que el edema masivo de ovario habitualmente se diagnostica en el contexto de síntomas abdominales, alteraciones menstruales, o incluso signos de virilización².

La resonancia magnética resultó clave para orientar el diagnóstico. En este caso, las características imagenológicas halladas coinciden con lo descrito en la literatura como hallazgos típicos de esta entidad.

A diferencia de los otros posibles diagnósticos diferenciales, el edema masivo muestra un

patrón de crecimiento estromal edematoso sin compromiso sólido, ni invasión ni necrosis, y sin una clínica acorde con procesos malignos o infecciosos.

Es necesario como médicos, y especialmente como imagenólogos, conocer la anatomía y fisiología del ovario, y sus variaciones normales a lo largo de la vida y el ciclo menstrual, para de esta manera evitar estudios o intervenciones adicionales. En mujeres jóvenes, especialmente en aquellas con deseo de fertilidad, la posibilidad de realizar una cirugía conservadora del anexo resulta crucial para la preservación de la misma. Este caso pone de manifiesto la relevancia de la correlación clínico-radiológica en la práctica ginecológica actual. Frente a hallazgos imagenológicos sugestivos de torsión, pero sin clínica compatible, se debe considerar el edema masivo de ovario dentro del diagnóstico diferencial, especialmente en mujeres jóvenes. Asimismo, se destaca el rol fundamental de la resonancia magnética en la caracterización tisular y en la diferenciación de entidades benignas y malignas.

Conflictos de intereses: “ninguno”

Edema masivo de ovario. Reporte de caso

| Ruiz Ciano, María Florencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez C, Echeverri C. Edema masivo del ovario en la adolescencia. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2003. VOL. 54 NO 3. 171-175.
2. Reyes A, Pereira A, Gonzalez L. Edema masivo de ovario. Acta méd. Grupo Ángeles. 2023. Vol.21 no.2. 162-163.
3. Argüello V, Dalton K, Hernández D, Dehesa A, Gallegos A, Gómez M. Edema masivo de ovario. Acta Médica Grupo Ángeles. 2020. Vol.18 no.3. 309-311.

Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

| Garcia, Julieta Amelia

| Manzur, Adriana

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

Correspondencia: Garcia, Julieta Amelia

E-mail: julietagarcia555@gmail.com

RESUMEN:

Introducción

Se desconoce la incidencia de la transmisión vertical (TV) de VIH y de factores involucrados, en el sector público de San Juan.

Objetivos

Conocer la incidencia de TV de VIH y factores involucrados, en diez años, en población atendida en el Hospital Público D. Dr. Guillermo Rawson. Comparar nuestra tasa de TV con la nacional y la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se recolectaron variables clínicas y analíticas de personas gestantes o puérperas, con diagnóstico confirmado de infección por VIH y sus hijos (binomio madre-hijo) atendidos en nuestro hospital desde enero de 2012 hasta diciembre de 2022.

Resultados

Se estudiaron 151 embarazos. Cada año se estimó que un 5,96% de la población presenta TV. Se reportaron 9 casos de TV de VIH. La media de edad fue 27,4 años. El 86% recibió tratamiento antirretroviral (TARV) durante el embarazo. El 95,3% de binomios madre-hijo recibió profilaxis antiviral. La lactancia materna fue inhibida en el 96%.

Discusión

Nuestra tasa de TV fue similar a la reportada en el país, alrededor del 5%. El estadio asintomático, el TARV durante el embarazo, administración de profilaxis antiviral, CV indetectable en semana 34-36 e interrupción de la lactancia fueron variables protectoras. Esto muestra que las medidas preventivas son efectivas, pero aún no alcanzamos los objetivos propuestos por OMS, siendo necesario sostenerlas y redoblar esfuerzos para alcanzarlo.

Palabras claves

Transmisión vertical – Incidencia - VIH - Sector público

Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

| García, Julieta Amelia

| Manzur, Adriana

INTRODUCCIÓN

Se estima que 1,3 millones de mujeres que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) quedan embarazadas cada año. En ausencia de intervención, la tasa de transmisión del VIH varía del 15% al 45% (15-30% gestación o parto, y 5-15% a través de lactancia materna)¹. Sin tratamiento, la infección en lactantes y niños da lugar a una mortalidad temprana / enfermedad crónica que aumenta la morbilidad, acorta la esperanza de vida y produce costos. Con el empleo de tratamiento antirretroviral (TARV) materno de por vida y profilaxis infantil, el riesgo de infección en lactantes de mujeres con VIH ha disminuido de un 30% a <5% o <2% si no hay lactancia materna. La TV mide el porcentaje de infecciones verticales en los nacimientos de mujeres con VIH y el impacto de los programas de tratamiento para prevenirla². En Argentina, el cumplimiento de las metas propuestas para 2021 (reducir la tasa de TV del VIH a $\leq 2\%$) no ha sido alcanzado. Los principales factores de riesgo son: factores maternos (estado inmunológico, TARV), factores virológicos (carga viral), factores obstétricos (cesárea), factores fetales (prematuridad) y factores infantiles (lactancia materna)³⁻⁴. Más de 2 millones de mujeres que viven con VIH se embarazan, anualmente nacen 600.000 niños infectados que, en su mayoría, mueren.⁵ Según Durán y col., durante 2003-2017 se notificaron 3.549 partos de mujeres con VIH en las maternidades públicas de CABA con prevalencia de 0,8%.⁶ En Argentina se estima en alrededor del 5% la tasa TV de VIH.⁷ De acuerdo con el Boletín Número 32 sobre el VIH-SIDA e ITS en la Argentina, la media de edad fue 27 años. El 53% reportó bajo nivel de instrucción, 20% refirió tener un nivel medio o alto. El 55% de las mujeres tenían un diagnóstico previo de VIH: el 35% fue diagnosticada en el embarazo en curso mien-

tras el 6% fue tardíamente (3% durante trabajo de parto y 3% en puerperio inmediato). Con respecto a la modalidad de parto, en la mitad de los casos se han realizado cesáreas electivas y en 34% vaginal o cesárea de emergencia. La profilaxis prenatal fue del 89%, la administrada durante el parto 93% y el componente neonatal de 99%. La seroconversión de la mujer durante el embarazo y la lactancia, incrementa la posibilidad de infección en el niño.⁸

En nuestra provincia se desconoce la tasa de TV de VIH, la dinámica de su incidencia en el tiempo y los factores involucrados. Por la persistencia de casos de TV del VIH en la práctica clínica, se cree que determinar los factores involucrados puede ser una herramienta valiosa para alcanzar los objetivos estipulados por la OMS para eliminación de TV del VIH.

Los objetivos generales de nuestro estudio fueron conocer la tasa de TV de VIH, la dinámica de su incidencia y los factores involucrados, en los últimos diez años, en la población atendida en el Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. Además, comparar nuestra tasa de TV de VIH con la tasa nacional y la meta de eliminación de transmisión materno infantiles propuestas por la OMS, conocer los factores epidemiológicos, clínicos y analíticos que se correlacionan con la TV de VIH y por último conocer la prevalencia de gestantes que viven con VIH que dan a luz a sus hijos en nuestra institución.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, en personas gestantes o puerperas, con diagnóstico confirmado de infección por VIH y sus hijos (binomio madre-hijo) atendidos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson,

Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

| García, Julieta Amelia

| Manzur, Adriana

correspondiendo este al único hospital hasta el momento que cuenta con maternidad (en la cual se asisten en promedio 7.079 partos anuales) desde enero del año 2012 hasta diciembre del año 2022.

Selección de muestra:

-*Criterios de inclusión: Pacientes*

- de sexo femenino sin restricción de edad.
- con diagnóstico confirmado de infección por VIH.
- que se atienden en el Hospital D. Dr. G. Rawson durante su embarazo o al momento del parto o puerperio, independientemente de su lugar de

residencia de la provincia de San Juan.

-*Criterios de exclusión: pacientes en los que no se pueda acceder a datos de la historia clínica.*

Se registraron datos de carpetas de virología y maternidad, búsqueda en sistema digital y papel de historias clínicas, se registraron en una planilla previamente confeccionada con codificación de los datos para cada paciente en un programa para el manejo de datos estructurados. Las variables analíticas de laboratorio fueron extraídas de la historia clínica y el sistema informático de laboratorio del hospital. Se describen en la *tabla 1*.

Variable	Descripción
Nivel de instrucción al momento del parto	Grado más elevado de estudios realizados. Primaria completa: finalización de etapa desde 1° hasta 6° grado. Secundaria completa: finalización de etapa posterior a la educación primaria y antes de enseñanza superior Universitario completo: finalización de etapa de enseñanza superior e que otorga títulos académicos
Edad de la persona gestante al parto	Cantidad de años al momento del parto
Momento del diagnóstico HIV de la persona gestante	Tiempo en relación con el embarazo o el parto que se realiza el diagnóstico de HIV
Estadio clínico del VIH al momento del parto	Fases de la infección por el VIH. A: - síndrome retroviral agudo (SRA): cuadro clínico similar mononucleósico o gripal - linfadenopatía generalizada persistente (LGP): Aumento anormal del tamaño de los ganglios linfáticos por lo menos en dos partes del cuerpo por un mínimo de 3 meses. B: Síntomas no catalogados en otra categoría C: enfermedades oportunistas que aparecen en pacientes con inmunosupresión severa
Vía de transmisión del VIH	Vía a través de la cual la madre adquirió la infección por VIH

Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

| García, Julieta Amelia

| Manzur, Adriana

Ingesta de antiretrovirales	Recepción por la gestante de antirretrovirales durante el embarazo.
Modalidad de parto	Forma de finalización del embarazo
Profilaxis antiviral adecuada	Administración a la gestante y recién nacido de antivirales
CV VIH semana 34-36	Valor de copias del VIH en sangre (por PCR).
Valor de Linfocitos T CD4 último trimestre	Valor absoluto de Linfocitos T CD4/mm ³ por citometría de flujo.
Lactancia Materna	Tipo de alimentación que consiste en que el bebé reciba leche materna
Resultado virológico del bebe	PCR y serología luego del nacimiento y hasta 18 meses

Tabla 1: Variables estudiadas e indicadores

Para el análisis descriptivo el análisis estadístico se realizó con el software estadístico epidat 4.0. Se utilizó estadística descriptiva, gráficos y pruebas estadísticas paramétricas/no paramétricas. Los datos se presentan como media $\pm$ desviación estándar (DE) para variables continuas en el caso de distribuciones simétricas, mediana y rango intercuartílico (RIC) para variables continuas en el caso de distribuciones asimétricas, o como frecuencias y porcentajes para variables categóricas. En el estudio comparativo de los factores asociados se utilizó el chi cuadrado y T-test según las variables sean categóricas o continuas. La incidencia anual de TV de VIH se calcula teniendo en cuenta las gestantes/puérperas con diagnóstico confirmado de VIH. Para definir la TV, se estudia al bebé durante dos años. Se considera valor de p con significancia estadística cuando es menor a 0,05. Por el carácter descriptivo del estudio no se requirió de consentimiento

informado, se mantuvo protegida la identidad de las pacientes.

RESULTADOS:

Se estudiaron 151 embarazos, correspondientes a 116 pacientes con infección por VIH (algunas cursaron más de un embarazo). Cada año se estimó que un 5,96% de la población presenta TV y se tiene un 95% de confianza de que ese valor real está entre el 3,17 y el 10,94%. La prevalencia de partos de pacientes con VIH, respecto del total de partos asistidos en la institución en los últimos 10 años fue 0,21%. La TV en los 10 años de análisis se calculó en 5,96%, con 9 casos reportados. La media de edad fue de 27,4 años DE 6,5. 2 pacientes eran analfabetas, 15 primaria incompleta, 80 primaria completa, 2 secundaria incompleta, 39 secundaria completa, 9 universitario completo. 111 adquirieron la infección por vía sexual (95,7%), 3 (2,5%) por vía perinatal y

Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

| García, Julieta Amelia

| Manzur, Adriana

en dos pacientes se desconoce. 76 (50,3%) presentaron diagnóstico previo al embarazo, 60 (39,7%) durante el embarazo, 9 en el momento del parto (5,9%), 4 durante la lactancia (2,64%) y en dos casos desconocemos. 148 pacientes (98%) presentaron estadio A, 3 (2%) en estadio B (síntomas no catalogados en otra categoría) y ninguna paciente presentó estadio C (enfermedades definitorias de SIDA). El 86% de los embarazos fueron bajo TARV (130); 14 no lo recibieron (9%). De las restantes, 7 fueron diagnosticadas durante el parto y 4 en el puerperio. 50 (33%) finalizaron embarazo por parto vaginal, 92 (60,9%) cesárea (1 de urgencia) y en 9 casos se desconoce. El 95,3% (144 binomios madre-hijo) recibió profilaxis antiviral adecuada. La

lactancia materna fue inhibida en 145 puérperas (96%), en 6 restantes (4%) las pacientes continuaron la lactancia. En 73 casos (48,3%) se presentó CV indetectable, 28 (18,5%) 50 - 1000 copias, 18 (11,9%) >1000 copias, en 7 pacientes (4,6%) no se realizó el estudio, en 17 casos (11,2%) se desconoce el valor y en 8 (5,3%) no correspondía su determinación. En 4 embarazos los linfocitos T CD4 fueron <200 células/mm³ (2,64%), en 103 (68,2%) >200, en 7 (4,6%) no se realizaron, en 28 se desconoce (18,5%) y en 8 (5,3%) no correspondía su determinación. En relación a la comparación de los factores involucrados en la TV en nuestra población, se realizó un análisis de datos univariado, el cual se describe en *Tabla 2*.

VARIABLE	TV SÍ	TV NO	p-valor
Media de edad de la gestante al momento del parto (años)	27.2	31	0,05
Nivel de instrucción secundario completo o más	8	122	p 0.8
Diagnóstico de HIV de la gestante antes del parto	4	132	<0,001
Estadio clínico asintomático del VIH al momento del parto	8	140	0,04
Toma de TARV durante el embarazo	4	126	<0,001
Parto abdominal o cesárea	6	85	0,6
Profilaxis antiviral adecuada	6	138	<0,001
CV semana 34-36 detectable	5	66	0.01
Inhibición de lactancia	6	138	<0,001

Tabla 2: Análisis univariado de datos

Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

| García, Julieta Amelia

| Manzur, Adriana

Respecto a los factores que influyen en la TV del VIH, encontramos que el estadio asintomático de infección por VIH al momento del parto, el TARV durante el embarazo, administración de profilaxis antiviral adecuada, CV indetectable en semana 34-36 del embarazo e interrupción de la lactancia, fueron variables protectoras respecto a TV de VIH ($p < 0,05$). Por el contrario, no encontramos significancia estadística respecto al nivel de instrucción ($p = 0,8$). En relación a la edad de las pacientes, encontramos una p de 0,05.

DISCUSIÓN:

Nuestra tasa de TV fue similar a la reportada en el país, estimada en 5%. Sólo un pequeño porcentaje de los diagnósticos se realizaron durante el parto o puerperio y tuvieron gran impacto en TV. Las puérperas que continuaron la lactancia, lo hicieron por falta de diagnóstico. La falta de datos para el análisis en 28 pacientes fue por baja adherencia a controles obstétricos e infectológicos. Comparando con la bibliografía⁸ coincidimos en la media de edad, el alto porcentaje de pacientes con bajo nivel de instrucción (hasta secundario incompleto), mayoría de diagnósticos por infección por VIH previo al embarazo. Nuestro porcentaje de diagnósticos tardíos (parto y la lactancia) fue levemente superior (alrededor del 9%) al reportado en la bibliografía (6%). En nuestro estudio se destacó un mayor porcentaje de partos por cesárea. Solamente se realizó una cesárea de urgencia, la cual no derivó en TV. El empleo de medicamentos contra el VIH y una CV indetectable durante el embarazo y la lactancia natural reducen el riesgo de transmisión del virus a menos del 1-2%.⁹ En nuestro estudio, la lactancia materna fue inhibida en el 96%, y el 50% de las pacientes que amamantaron, derivó en TV. La profilaxis postnatal debe iniciarse lo antes posible. El tratamiento varía dependiendo

del riesgo de adquisición del VIH para el neonato, dependiendo del momento de diagnóstico durante el embarazo, la ingesta de TARV y la carga viral de VIH en la semana 34-36 de embarazo.¹⁰ La profilaxis antiviral global fue realizada en alto porcentaje, abarcando casi el 100%, similar a lo reportado en nuestro país. La prueba de elección para el diagnóstico en el niño, es determinación de ARN de VIH mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (de elección en ≤ 18 meses). Para los ≥ 18 meses, se recomiendan pruebas de anticuerpos contra VIH.¹¹⁻¹² Es necesario centrarnos en la prevención y testeo oportuno de embarazadas y sus parejas sexuales, para diagnosticar precozmente la seroconversión, con énfasis en educación y estrategias de prevención combinada del VIH (preservativo y PrEP) (profilaxis pre exposición) y planificación familiar¹³⁻¹⁴⁻¹⁵. Los resultados muestran que las medidas incorporadas son efectivas en nuestra población, pero aún no alcanzamos los objetivos y resulta necesario redoblar los esfuerzos para alcanzar dichas metas.

Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

| García, Julieta Amelia

| Manzur, Adriana

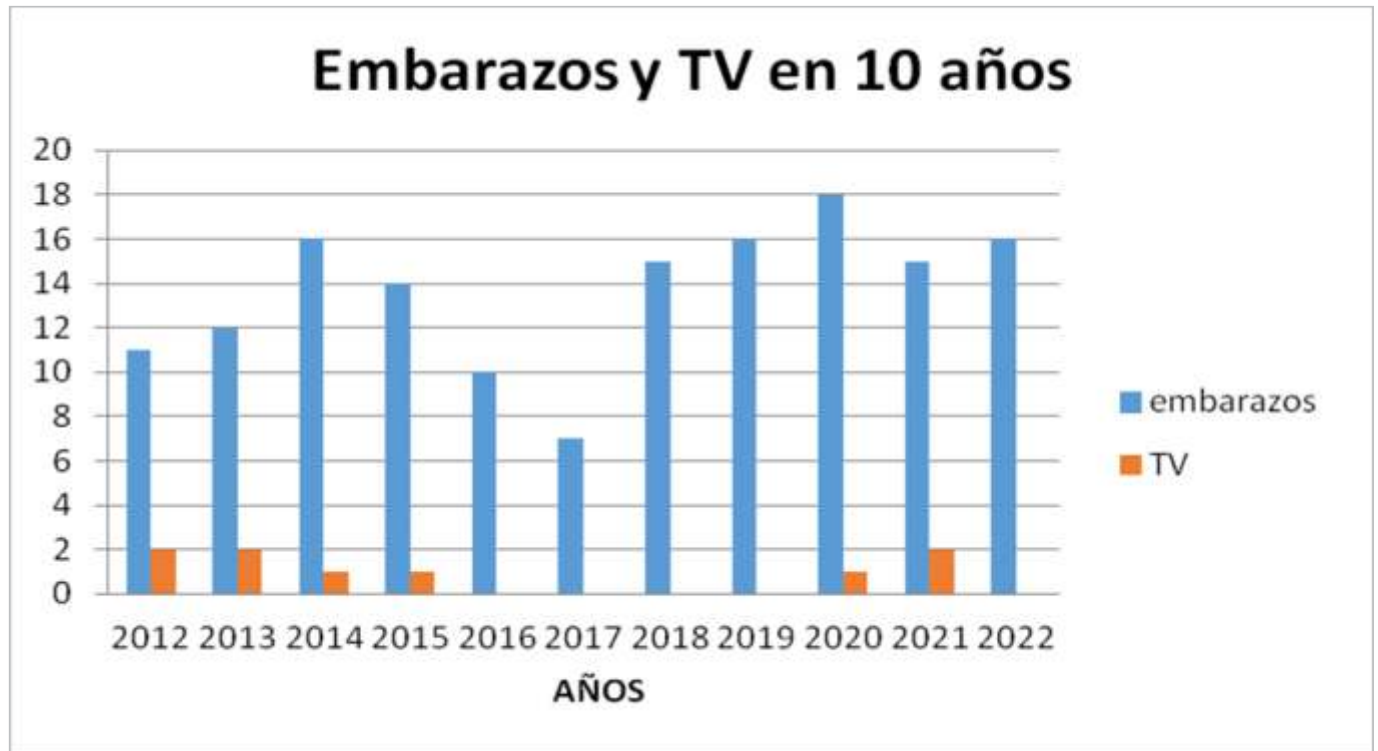


Gráfico 1: Embarazos y TV en 10 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; [citado 9 ene 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stisprogrammes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>
2. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [actualizado 2021; citado 9 ene 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf>
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. Iniciativa ETMI-PLUS [Internet]. [citado 9 ene 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/202206/Algoritmos_d_diag_y_trat_IP_VIH_Sifilis_VHB_y_Chagas_en_pliego.pdf
4. Cambrea S, Marcu E, Cudi E, Badiu D, Penciu R, Petcu C, et al. Clinical and Biological Risk Factors Associated with Increased Mother-to-Child Transmission of HIV in Two South-East HIV-AIDS Regional Centers in Romania. Medicina (Kaunas). 2022 Feb 11;58(2):275. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8877470/>
5. Valdés Rubioa E, Candia P, Lattes K. Transmisión vertical de VIH y sida: realidad epidemiológica del Cono Sur. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(9):511-9.
6. Durán A, Betti L, Arévalo A, Vulcano S, Vulcano F, Bruno M, et al. Situación epidemiológica y estado de la respuesta al VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2003-2017. Rev Argent Salud Pública. 2019;10(40):44-7.
7. Organización Panamericana de la Salud (PAHO) [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2011 [actualizado nov 2011; citado 4 ene 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2011-argentina-busca-reducir-transmision-vertical-vih-sifilis-congenita>

Realidad epidemiológica de transmisión vertical de VIH en San Juan

| García, Julieta Amelia

| Manzur, Adriana

8. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Transmisión perinatal del VIH en la Argentina. Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina. 2015 Dic; 18(32).
9. HIVinfo [Internet]. Maryland: National Institutes of Health; [citado 9 ene 2023]. Prevención de la transmisión perinatal del VIH. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/prevencion-de-la-transmision-perinatal-del-vih>
10. Boletín de Pediatría [Internet]. Sociedad de Pediatría del Uruguay; [citado 9 ene 2023]. Disponible en: <https://boletindepediatria.org/boletin/artide/view/1887>
11. Clinicalinfo HIV [Internet]. Maryland: NIH; [citado 9 ene 2023]. What's new in the perinatal guidelines. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/whats-new>
12. Asociación Española de Pediatría. VIH en Pediatría [Internet]. [citado 9 ene 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/23_vih.pdf
13. Fundación Huésped. Actualización sobre VIH/SIDA e infancia [Internet]. [citado 9 ene 2023]. Disponible en: <https://huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/09/ASEI-67-01-05.pdf>
14. SRH-HIV Linkages. Integration of HIV and sexual and reproductive health services [Internet]. [citado 9 ene 2023]. Disponible en: https://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/2013/04/integrationfatm_2009_es.pdf
15. Pérez-Molina JA, López-Vélez R. Transmisión vertical del VIH: situación actual. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2021;39(10):455–62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211520307454>



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud



Comité de **Docencia**
e Investigación