



Acta Médica Colombiana

ISSN: 0120-2448

actamedcolomb@etb.net.co

Asociación Colombiana de Medicina Interna
Colombia

Enfermedades infecciosas

Acta Médica Colombiana, vol. 37, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 79-112

Asociación Colombiana de Medicina Interna

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163130025007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Enfermedades infecciosas

Infections diseases

- I-1 ACCIDENTE LONÓMICO REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
- I-2 ARTRITIS SÉPTICA POR EXOPHIALA SPP. EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
- I-3 CASO DE ENCEFALITIS POR VIRUS DEL HERPES EN PACIENTE EMBARAZADA
- I-4 CITOMEGALOVIRUS DISEMINADO: A PROPÓSITO DE UN CASO
- I-5 COSTOS SOCIALES DEL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE TB-MDR
- I-6 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES VIH+ SEGÚN EDAD AL INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV), COLOMBIA, 2012
- I-7 EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A TERAPIA TRIPANOCIDA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS: REVISIÓN
- I-8 EMBOLISMOS PIÓGENOS SECUNDARIOS A PIOMIOSITIS TROPICAL EN INMUNOCOMPETENTES
- I-9 FACTORES DE RIESGO PARA ENDOCARDITIS EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR ESTAFILOCOCO DORADO
- I-10 FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POR BACILOS GRAM NEGATIVOS POSTERIOR A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
- I-11 FACTORES DE RIESGO PARA SINDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTES CON VIH/SIDA
- I-12 FIEBRE DE AGUAS NEGRAS
- I-13 FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN EL TROPICO - DESCRIPCION DE CASO DE TOXOPLASMOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
- I-14 FOSFOMICINA PARA KLEBSIELLA PNEUMONIAE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO, EN MUJER EMBARAZADA
- I-15 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA Y VIH. ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- I-16 INFECCIONES DE VIAS URINARIAS ADQUIRIDA EN COMUNIDAD POR ESCHERICHIA COLI, BETA-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO POSITIVO EN MUJERES EMBARAZADAS
- I-17 LEISHMANIASIS VISCERAL EN VIH
- I-18 MENINGITIS POR CORYNEBACTERIUM AQUATICUM, REPORTE DE UN CASO

MENÚ GENERAL

Menú Enfermedades
Infecciosas

- I-19 MENINGITIS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA PERSISTENTE CON COINFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGYOLIES STERCORALIAS, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
- I-20 NEUROPARACOCCIDIODOMICOSIS PSEUDOTUMORAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
- I-21 PANSINUSITIS Y MASTOIDITIS BILATERAL CAUSADA POR S. PNEUMONIAE RESISTENTE A PENICILINA Y A MEROPENEM
- I-22 PANUVEITIS BILATERAL COMO MANIFESTACIÓN DE NEUROSIFILIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
- I-23 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: CASO ILUSTRATIVO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
- I-24 PRESCRIPCIÓN DE ESTEROIDES EN PACIENTES CON PATRÓN MILIAR RADIOGRÁFICO DE ORIGEN TUBERCULOSO
- I-25 REPORTE DE UN CASO: TBC UROGENITAL Y ENFERMEDAD RENAL
- I-26 RESULTADOS DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS VIH+, COLOMBIA 2012
- I-27 SARCOCYSTOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
- I-28 SÍNDROME DE WATERHOUSE FRIDERICHSEN. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
- I-29 TABES DORSAL Y PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
- I-30 TERAPIA DIRIGIDA A METAS EN PACIENTES SÉPTICOS
- I-31 TUBERCULOSIS INTESTINAL EN PACIENTES CON VIH. SERIE DE CASOS
- I-32 ZIGOMICOSIS: INFECCIÓN FÚNGICA INUSUAL

MENÚ GENERAL

Menú Enfermedades
Infecciosas

I-1**ACCIDENTE LONÓMICO REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA****VELA LOZADA FERNANDO.***Hospital San Ignacio, Bogotá– Colombia***Palabras claves.** Lonomia achelous, lonomia oblicua.**Objetivo.** Describir un caso de accidente lonomico presentado en la orinoquia colombiana.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital San Ignacio.**Intervenciones.** Administración de suero antilonómico.**Mediciones.** Pruebas de coagulación.

Resultados. Adolescente masculino de 15 años de edad quien de manera accidental en zona rural del municipio de Arauca tiene contacto con la superficie de la oruga en palma de la mano izquierda con posterior dolor tipo ardor de intensidad moderada y edema local, 48 horas después presenta hematuria y gingivorragia por lo que acude al hospital local donde realizan pruebas de coagulación reportadas como prolongadas mayor a 5 veces el valor de referencia, transfunden una unidad de plasma fresco congelado y remiten a III nivel, ingresa a la unidad de cuidado intensivo encontrándose al examen físico estabilidad hemodinámica, lesiones urticiformes generalizadas, signos de sangrado gingival, equimosis en miembros inferiores, sin alteración al examen neurológico, se toman paraclínicos reportados como INR mayor a 11, PT mayor a 120 segundos, PTT mayor a 180 segundos, fibrinógeno 5 mg/dL, uroanálisis con eritrocitos incontables, proteinuria 100 mg/dL, creatinina 0,79 mg/dL, nitrógeno ureico 2,6 mg/dL, se realiza manejo con suero antilonómico 5 ampollas en total y crioprecipitados 9 unidades, con evolución clínica satisfactoria y normalización de las pruebas de coagulación a las 72 horas

Conclusión. Presentamos un caso de accidente lonomico tratado con suero antilonómico con buenas respuesta clínica y normalización de las pruebas de coagulación a las 72 horas

MENÚ GENERALMenú Enfermedades
Infecciosas

I-2**ARTRITIS SÉPTICA POR EXOPHIALA spp. EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO****PARRA IZQUIERDO VIVIANA, AGUDELO VALENCIA N, CALDERON VARGAS CM, PEREZ C, BOHORQUEZ TIBABIZCO L, AGUILAR J.***Universidad de la Sabana, Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá – Colombia***Palabras claves.** Exophiala, VIH, Artritis.**Objetivo.** Describir un caso inusual de artritis séptica por exophiala spp en paciente con infección por VIH.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital de La Samaritana.**Intervenciones.** Describir caso.**Mediciones.** Paciente de 25 años con VIH SIDA C3, con trauma contundente en rodilla izquierda quien posteriormente presenta dolor, edema, limitación para la marcha, fiebre e induración, asociado presenta lesión en antebrazo y muñeca derecha, con secreción seropurulenta. Se considera artritis séptica realizándose artrotomía e inicio amikacina mas oxacilina. Persiste con secreción purulenta por lo que se decide llevar a nuevos lavados y cultivos de tejido con sospecha de gérmenes atípicos.**Resultados.** Policultivos negativos, se realiza biopsia de piel que demuestra dermatitis nodular granulomatosa con necrosis de caseificación y cultivo para hongos positivo para exophiala spp.**Conclusión.** Se presenta el caso de un paciente con infección por retrovirus quien desarrollo múltiples infecciones articulares y en piel documentándose por biopsia la presencia de exophiala spp. Este hongo hace parte de los hongos dematiáceos, los cuales tiene melanina en la pared celular, que da lugar a colonias de color negro. Estos hongos están distribuidos en la naturaleza y causan infección en humanos por vía pulmonar o por la piel. Estas infecciones ocurren preferentemente en pacientes inmunocomprometidos y las lesiones crecen lentamente y con frecuencia son confundidas con granulomas. Se han descrito casos de enfermedad pulmonar, artritis séptica, endocarditis, esofagitis, úlcera corneal, endoftalmitis, peritonitis y fungemia, sin embargo son poco frecuentes.**MENÚ GENERAL****Menú Enfermedades Infecciosas**

I-3**CASO DE ENCEFALITIS POR VIRUS DEL HERPES EN PACIENTE EMBARAZADA****DE LA HOZ BARRIOS MARLEDYS, VELASCO BAYUELO CA.***Universidad del Norte, Barranquilla– Colombia***Palabras claves.** Encefalitis virales. Virus herpes.**Objetivo.** Mostrar el caso de una paciente embarazada de 28 semanas que presento encefalitis por virus herpes.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Fundación Centro Médico del Norte.**Intervenciones.** Exámenes de laboratorios. Estudios de imágenes. Biopsia cerebral postmorten.**Resultados.** Paciente femenina de 30 años con embarazo de 28 semanas cuadro clínico de 10 días de evolución, caracterizado por cefalea frontal de intensidad 10/10 sin síntomas neurohipertensivos, concomitante con vómitos No. 3-4 diarios amarillosos sin contenido alimentario.

TA 120/85, FC 80, FR 16, mucosas húmedas, pupilas isocóricas reactiva a la luz, no rigidez nucal, SNC fondo de ojo con pulso venoso presente, reflejos oculomotores conservados, No déficit de pares craneales, somnolienta, bradilálica, fuerza motora levemente disminuida en miembros inferiores 4/5, ROT ++/+++. TAC con hallazgos de encefalopatía cerebral reversible atípica de origen hipertensivo, sin poder descartar otras etiologías. Por lo cual sugerimos resonancia magnética nuclear de cerebro simple, se realizó punción lumbar.

HERPES I - IgM: positivo índice: 21.1 - HERPES II - IgM: negativo

Conclusión. Paciente con encefalitis por herpes virus confirmado por biopsia cerebral realizada en postmorten.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-4**CITOMEGALOVIRUS DISEMINADO: A PROPÓSITO DE UN CASO****MOSQUERA KLINGER GABRIEL, GUEVARA PULIDO F, ALVAREZ MORENO C.***Hospital San Ignacio, Bogotá–Colombia***Palabras claves.** Citomegalovirus diseminado, infección por VIH, SIDA, colecistitis aguda.**Objetivo.** Descripción de caso clínico.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital San Ignacio.**Intervenciones.** N/A.**Mediciones.** N/A.**Resultados.** N/A.

Conclusión. Se presenta el caso de un hombre sin antecedentes previos de enfermedad, que consultó inicialmente por dolor abdominal, se documenta colecistitis aguda, en patología con hallazgos de citomegalovirus, adicionalmente presenta múltiples manifestaciones incluyendo síntomas respiratorios, sangrado gastrointestinal, pancitopenia, documentándose infección por VIH, y muestras serológicas e histológicas de citomegalovirus, se hace diagnóstico de cmv diseminado en el contexto de infección por VIH. Entidad que se presenta en pacientes con severo inmunocompromiso, tienen una respuesta clínica adecuada con manejo específico.

MENÚ GENERALMenú Enfermedades
Infecciosas

I-5**COSTOS SOCIALES DEL RETRASO EN EL DIAGNOSTICO DE TB-MDR**

HERNANDEZ SARMIENTO JOSE MAURICIO, CASTRILLON VELILLA D, MEJIA MESA G, ZAPATA E, SANCHEZ L, REALPE QUINTERO T, ROBLEDO RESTREPO J.

Universidad Pontificia Bolivariana, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín-Colombia

Palabras claves. Diagnóstico, tuberculosis, multi-drogoresistencia.

Objetivo. Análisis económico que compara el diagnóstico de TB-MDR por el método estándar utilizado en Colombia versus otras alternativas rápidas, no comerciales, recomendadas por la oms.

Diseño del estudio. Evaluación económica.

Lugar del estudio. Medellín, Colombia.

Intervenciones. A cada paciente se le toma una muestra de esputo la cual es procesada por el método tradicional de las proporciones múltiples y por tres pruebas rápidas no comerciales: capa delgada, MODS y nitrato reductasa para el diagnóstico de TB – MDR.

Mediciones. Se evalúan los costos de cada prueba, la efectividad medida en sensibilidad, especificidad y en el tiempo para proporcionar resultados.

Resultados. La sensibilidad y especificidad es comparable entre todas las pruebas. Existen diferencias en el costo que varía entre \$32.000 y \$127.800 pesos colombianos. Sin embargo, la diferencia más grande la encontramos en el tiempo en proporcionar resultados que está entre 7 días para las pruebas rápidas y 49 días para la prueba tradicional.

Conclusión. El retraso de 40 días en el diagnóstico oportuno de TB-MDR representa un costo sobre el bienestar social a causa de la probabilidad de infección de 1,75 casos nuevos por cada paciente diagnosticado, y todo lo que esto implica: recursos del SGSSS para la atención de estos nuevos casos, pérdidas de productividad laboral representadas en pagos por días de incapacidad, y el aumento de los gastos de bolsillo en los pacientes para la atención de la enfermedad.

MENÚ GENERAL

Menú Enfermedades
Infecciosas

I-6**EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES VIH+ SEGÚN EDAD AL INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV), COLOMBIA, 2012****GALINDO QUINTERO JAIME, MUESES MARIN H, TELLO BOLIVAR I.***Corporación de Lucha Contra el SIDA, Corporación para Investigaciones Biológicas, Cali-Colombia***Palabras claves.** VIH, SIDA, terapia antirretroviral, adultos.**Objetivo.** Evaluar efectividad y seguridad de la atención integral con tarv en pacientes VIH+ >50 años, frente a pacientes <50.**Diseño del estudio.** Transversal**Lugar del estudio.** Cali, Colombia.**Intervenciones.** Seguimiento del programa de atención integral, que incluye: atención médica especializada, asesoría integral y terapia asistida, servicio farmacéutico y laboratorio clínico.**Mediciones.** Características socio-demográficas y condiciones relacionadas con VIH/SIDA. Información tomada, bajo consentimiento informado, de registros clínicos. Se compararon dos grupos, quienes iniciaron su tarv siendo >50 años (n1=62) y quienes iniciaron siendo <50 (n2=506). Análisis estadísticos en SPSS versión 17.**Resultados.** Al ingreso en n1 y n2 respectivamente: edad 59 ± 5.7 y 38 ± 8.4 ; 74% hombres. Con enfermedad avanzada 61% y 52%; hospitalizaciones previas 39% y 23%. Actualmente en ambos grupos: con más de 3 años bajo tratamiento 50%; con primera línea 87% y 82%; carga viral <400 copias 90% y 94%, y CD4 >200 cél/mm³ 82% y 87% respectivamente; requirieron estudio de resistencias 4.8% y 13.6%; no ocurrieron hospitalizaciones en el grupo n1, mientras que en N2 fue 7.5%. En ambos grupos, mejores resultados en pacientes que iniciaron sin enfermedad avanzada y con >3 años bajo atención.**Conclusión.** En pacientes >50 años, la atención integral es tan efectiva y segura como en <50, en términos de éxito virológico e inmunológico, bienestar físico/emocional; mejor en cuanto a adherencia, resistencias y hospitalizaciones.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-7**EFEKTOS ADVERSOS ASOCIADOS A TERAPIA TRIPANOCIDA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS: REVISIÓN****DIAZ DIAZ SANDRA CRISTINA, CUCUNUBA PEREZ Z, VALENCIA HERNANDEZ C.***Universidad Nacional de Colombia, Bogotá– Colombia***Palabras claves.** Enfermedad de Chagas, nifurtimox, benzonidazol, efectos adversos.**Objetivo.** Evaluar la evidencia científica sobre magnitud y severidad de efectos adversos asociados a terapia tripanocida (nifurtimox o benzonidazol) para Chagas.**Diseño del estudio.** Revisión sistemática.**Lugar del estudio.** Instituto Nacional de Salud; Universidad Nacional de Colombia.**Intervenciones.** Benzonidazol o nifurtimox.**Mediciones.** Búsqueda bibliográfica ampliada (1969-2012) mediante: Medline, EMBASE, LILACS, Cochrane. Términos MESH “nifurtimox”, “benznidazole”, “adverse effects”, “chagas disease”, sin límites. Seleccionados mediante lectura pareada de resúmenes: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales (cohortes, casos y controles, corte transversal, series de casos y reportes de caso). Los seleccionados revisados en texto completo. Posteriormente, búsqueda bibliográfica secundaria. Búsqueda manual de estudios no publicados, resúmenes congresos y literatura gris. Síntomas clasificados mediante common terminology criteria for adverse events v4.0; frecuencia según calman, 1996; probabilidad causal mediante escala Naranjo, 1981 .**Resultados.** En total 444 resúmenes (305 primaria, 139 secundaria): medline 131, embase 104, lilacs 67, cochrane 3, búsqueda manual 139. Seleccionados 77. Sistema más afectado con benzonidazol: piel (rash maculopapular y prurito) rango 0.42-38.9%, asociación probable (Naranjo 5/10 y 6/10, respectivamente), requiriendo suspensión temporal en primeros 30 días (rango 3.8-35%). Con nifurtimox: problemas nutricionales (anorexia) rango 27.2-72.7%, probable (6/10), solo se documentó en un estudio suspensión definitiva (28%). Disnea, edema y síndrome anginoso: asociación dudosa (2-3/10). Fiebre, elevación de las transaminasas y erupción cutánea: asociación probable (7/10 y 8/10).**Conclusión.** Los sistemas más afectados asociados a terapia con benzonidazol y nifurtimox son piel y gastrointestinal respectivamente, con severidad leve.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-8**EMBOLISMOS PIOGENOS SECUNDARIOS A PIOMIOSITIS TROPICAL EN INMUNOCOMPETENTES****AGUDELO VALENCIA NATALIA, PARRA IZQUIERDO V, CALDERON VARGAS CM, BOHORQUEZ TIBABIZCO L.***Universidad de la Sabana, Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá– Colombia***Palabras claves.** Piomiositis tropical, embolismo, inmunocompetentes.**Objetivo.** Describir 2 casos de piomiositis tropical en pacientes inmunocompetentes con embolismos piógenos en sitios poco frecuentes.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital de La Samaritana.**Intervenciones.** Reporte de caso.**Mediciones.** Caso 1: hombre de 20 años con 4 días de dolor abdominal, rash, tos con expectoración, fiebre y disnea. Al examen físico taquicardico, febril y estertores en bases. La radiografía y tomografía de tórax demuestran vidrio esmerilado con derrame pleural; leucopenia, cayados. Toracentesis compatible con empiema por lo que se inicia antibioticoterapia. TAC de abdomen con absceso del Psoas el cual se drena. Cultivos positivos para *Staphilococcus aureus* meticilino resistente.**Resultados.** Caso 2: joven de 16 años con 12 días de dolor en cadera izquierda, fiebre e ictericia. Deterioro de patrón respiratorio por lo que requiere intubación. Presenta hepatomegalia, leucocitosis y cayademia, hemocultivos positivos para *staphilococcus aureus* meticilino resistente con TAC toracoabdominal que muestra absceso del Psoas, pielonefritis y neumonía izquierda. Se realiza drenaje de colección con cultivos positivos iguales a los hemocultivos.**Conclusión.** La piomiositis tropical es una infección infrecuente del músculo al igual que sus siembras hematógenas. Actualmente ha aumentado el número de casos por *staphilococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad. Nuestra serie de casos reporta la rara aparición de piomiositis del músculo del Psoas con neumonía por *staphilococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad en paciente inumocompetente.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-9**FACTORES DE RIESGO PARA ENDOCARDITIS EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR ESTAFILOCOCO DORADO****MARTINEZ GARCIA RICARDO, SALAZAR MARIN S.***Clinica Comfamiliar Risaralda, Pereira– Colombia***Palabras claves.** Endocarditis, bacteriemia,estafilococo dorado.**Objetivo.** Identificar los factores de riesgo para endocarditis en pacientes con evidencia de bacteriemia por estafilococo dorado sensible y resistente a la meticilina.**Diseño del estudio.** Estudio de casos y controles caso: pacientes bacterémicos con endocarditis control : pacientes bacterémicos sin evidencia ecocardiográfica de endocarditis 72 pacientes 24 casos 48 controles todos con evidencia de bacteriemia previa a realización de ecocardiograma transesofágico excluidos pacientes con valvulopatía previa y neutropénicos valor de p: homogeneidad entre grupos.**Lugar del estudio.** Clínica Comfamiliar Risaralda.**Intervenciones.** Ecocardiograma transesofágico al documentarse bacteriemia y de ser negativo nuevo ecocardiograma si al séptimo día persistía fiebre.**Mediciones.** OR (odds ratio) como medida de asociación.**Resultados.** Factores de riesgo.

1. Catéter hemodialisis OR 2.4 IC 1.2 - 4.2
2. Piel como foco de bacteriemia OR 1.8 IC 1.04-4.6
3. Fiebre al día quinto de antibioticoterapia dirigida por cultivos OR 4.2 IC 1.1 - 5.2
4. Prescripción vancomicina a pesar de sensibilidad a meticilina 2.1 IC 1.4 - 6.1

Conclusión. La endocarditis es una complicación de la bacteriemia por estafilococo dorado , con factores de riesgo que favorecer su aparición. A pesar de negatividad inicial la solicitud de nuevo ecocardiograma debe considerarse ante persistencia de fiebre y adecuado apoyo antibioticó**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-10**FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO
POR BACILOS GRAM NEGATIVOS POSTERIOR A CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR****MARTINEZ GARCIA RICARDO ARTURO, VALENCIA MONDRAGON AM,***Clínica Confamiliar Risaralda, Pereira– Colombia***Palabras claves.** Bacilos Gram negativos Mediastinitis. Infección sitio operatorio.**Objetivo.** Determinar los factores de riesgo de infección de sitio operatorio (ISO) por bacilos Gram negativos en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.**Diseno del estudio.** Estudio de casos y controles. Caso: pacientes con signos de infección y cultivos obtenidos en salas de cirugía de cavidad mediastinal, hueso y zona de safenectomía (se descartan cultivos de secreción superficial) con crecimiento de bacilos Gram negativos. Controles: pacientes sin signos de infección. Valor de P indica homogeneidad entre grupos.**Lugar del estudio.** Clínica Comfamiliar Risaralda.**Intervenciones.** Esternotomia. Circulación extracorpórea.**Mediciones.** OR (odds ratio) como medida de asociación.**Resultados.** Factores de riesgo. Estancia hospitalaria previa a procedimiento superior a 30 días OR 3.6 IC 1.8 - 8.4. Estancia previa entre 15 y 30 días OR 1.5 IC 1.1-7.2. Combinación elevada euroscore y estancia superior a 30 días OR 5.4 IC 1.4-9.3. Combinación elevado euroscore y estancia previa entre 14 y 30 días 2.4 IC 1.7 - 8.1. Gérmenes aislados *E coli* 20 casos, *Pseudomonas aeruginosa* 12, *Klebsiella pneumoniae* 13, *Acinetobacter baumannii* 9, *Enterobacter cloacae* 4, *Klebsiella oxytoca* 4, *Proteus* 3, *Enterobacter aerogenes* 3.**Conclusión.** La estancia hospitalaria prolongada se convierte en factor de riesgo para colonización y posterior infección de sitio operatorio que puede favorecerse con la traslocación generada por hipotensión transoperatoria. Se plantea direccionar profilaxis antibiótica por factores de riesgo?**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-11**FACTORES DE RIESGO PARA SINDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTES CON VIH/SIDA****MARTINEZ GARCIA RICARDO ARTURO, JIMENEZ JIMENEZ C.***Clinica Comfamiliar Risaralda, Pereira– Colombia***Palabras claves.** Reconstitución inmunológica VIH / SIDA**Objetivo.** Identificar en nuestra población factores de riesgo para síndrome de reconstitución inmunológica (SRI) asociada a terapia antirretroviral (TAR)**Diseño del estudio.** Estudio de casos y controles 126 pacientes , 42 casos, 84 controles caso : diagnóstico de SRI tras inicio de TAR controles: ausencia de SRI tras inicio de TAR pacientes sin historia de TAR previa sin enfermedad oportunista en los 30 días previos homogeneidad entre grupos por valor de p.**Lugar del estudio.** Clínica Comfamiliar Risaralda.**Intervenciones.** Seguimiento clínico control virológico e inmunológico.**Mediciones.** OR (odds ratio) como medida de asociación.**Resultados.** Factores de riesgo.

1. CD4 inferior a 100 previo a TAR OR 1.8 IC 1.3-6

2. CD4 inferior 50 previo a TAR OR 2.4 IC 1.2 - 6.3

3. Hemoglobina< 10 previo a TAR OR 1.5 IC 1.01-5.8

4. Albumina <2.5 previo a TAR OR 1.4 IC 0.92-4.2

5. Aumento superior a 100 CD4 al diagnóstico de SRI OR 3.2

6. Edad < 40 años OR 1.4 IC 1.08 - 6.4

7. Enfermedad oportunista más de 1 mes previo a TAR OR 1.8 IC 1.2 - 5.4 en el contexto de SRI se presentaron: herpes zoster 18 pacientes, molusco contagioso 9, criptococosis cutánea 4, histoplasmosis cutánea 2, TBC pulmonar 4, sarcoma de Kaposi 3, TBC ganglionar 2. tiempo promedio de aparición tras inicio de TAR 63 días.

Conclusión. La depleción al inicio y la intensidad en recuperación inmunológica tras TAR se relacionan directamente con SRI. Las manifestaciones dérmicas son las más frecuentes.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-12**FIEBRE DE AGUAS NEGRAS****AVENDAÑO ARISTIZABAL JULIAN ANDRES, PARRA S.***Hospital Militar Central, Bogotá– Colombia***Palabras claves.** Malaria, primaquina, déficit de 6 fosfato deshidrogenasa.**Objetivo.** Describir un caso clínico de fiebre de aguas negras.**Diseño del estudio.** N/A.**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central.**Conclusión.** Paciente de raza negra con malaria complicada quien presenta hemólisis con la administración de primaquina que mejora con el retiro del medicamento, se considera puede cursar con déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-13**FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN EL TRÓPICO -
DESCRIPCIÓN DE CASO DE TOXOPLASMOsis EN PACIENTE
INMUNOCOMPETENTE****CORTES GOMEZ FRANK LEANDRO, MORALES PERTUZ C.***Hospital Militar Central, Bogotá – Colombia*

Palabras claves. Fiebre de origen desconocido, carditis, toxoplasmosis, falla cardiaca, inmunocompetente.

Objetivo. Fiebre de origen desconocido descripción de caso de toxoplasmosis asociado a miocarditis en paciente inmunocompetente.

Diseño del estudio. Paciente procedente de selva cuadro de 3 semanas de fiebre, diarrea, síntomas generales riesgo para HIV, y consumo de aguas no tratadas y carnes sin cocinar hábitos oficio recibió tratamiento para malaria.

Lugar del estudio. Adenopatías cervicales, fiebre falla cardiaca.

Intervenciones. Tratamiento:

- Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas
- Ciprofloxacina 500 mg VO cada 12 horas
- Primaquina 15 mg VO día por 14 días
- TMS 160/800 mg VO 2 tab VO cada 12 horas
- Enalapril 5 mg VO cada 12 horas
- Carvedilol 6,25 mg VO día
- Colchicina 0,5 mg VO día

Mediciones. Paraclínicos

Resultados. Toxo IGM positivo HIV negativo ecocardiograma TT: FEVI 37%, cardiopatía dilatada incipiente severo compromiso sistólica ventricular izquierda miocarditis por toxoplasmosis en paciente inmunocompetente evolución clínica adecuada con 4 semanas ab afebril al día 20 ecocardiograma control FEVI 60%.

Conclusión. Toxoplasmosis y miocarditis inmunocompetentes 80% asintomáticos causa poco frecuente de miocarditis.

MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas**

I-14**FOSFOMICINA PARA KLEBSIELLA PNEUMONIAE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO, EN MUJER EMBARAZADA****FERNANDEZ MERCADO JUAN CARLOS, GIRON FLOREZ O, CASTRO VIVERO M.***Clínica Crecer, Cartagena– Colombia***Palabras claves.** *Klebsiella pneumoniae* Beta-lactamasas de espectro extendido, fosfomicina.**Objetivo.** Describir la fosfomicina como opción de tratamiento en las infecciones recurrentes del tracto urinario complicadas por *Klebsiella pneumoniae* Beta-lactamasas de espectro extendido resistentes, carbopenémico resistente en mujer embarazada.**Diseño del estudio.** Presentación de caso.**Lugar del estudio.** Clínica III Nivel.**Intervenciones.** Antibióticos y cultivos.**Mediciones.** Cultivo de orina previo positivo a *Klebsiella pneumoniae*, de espectro extendido Beta-lactamasa de positividad y recibió 14 días de ertapenem, sin el alivio de los síntomas y la afectación sistémica, que se encuentra en factores de riesgo para generar de espectro extendido Beta-lactamasa: la exposición a los agentes antimicrobianos: período de los agentes antimicrobianos en el último mes, más de dos ciclos de tratamiento antimicrobiano con aminopenicilins, las cefalosporinas orales y los aminoglucósidos.**Resultados.** Urocultivo se aislada de nuevamente la *Klebsiella pneumoniae*, pero con una resistencia al meropenem CIM> 8, recibió fosfomicina 3 g al día durante 3 días, 48 horas después de este esquema los cultivos son negativos y mejoría clínica, completa su embarazo a término sin complicaciones**Conclusión.** El tratamiento fosfomicina extendido durante 3 días (FDA en la categoría B) es la opción de tratamiento o para disminuir la presión de selección a múltiples antibióticos en las cepas resistentes de bacterias. El uso de fosfomicina oral proporciona menor de efectos adversos y baja tasa de resistencia, con efecto bactericida y tiene ademas sinergia con los carbapenems**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-15**HISTOPLASMOsis DISEMINADA Y VIH. ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO****SIERRA OSORIO ADIARANA MARGARITA, ARIAS LEON G.***Hospital Santa Clara, Bogotá– Colombia***Palabras claves.** Histoplasmosis, virus de la inmunodeficiencia humana, infección oportunista.**Objetivo.** Abordaje diagnóstico y terapéutico de la histoplasmosis diseminada en pacientes con VIH.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital Santa Clara, Bogotá.**Intervenciones.** TAC cerebral: imagen hipodensa gangliobasal izquierda.**Estudio de LCR.** Pleocitosis monuclear, hiperproteinorraquia e hipoglucorraquia. Látex para criptococo, VDRL, KOH, tinta china: negativos. ADA 11. Cultivo LCR para micobacterias negativo. Radiografía tórax: ensanchamiento mediastinal. TAC tórax: adenopatías mediastinales. Biopsia adenopatías mediastinales: histoplasma capsulatum.**Mediciones.** Cultivo para hongos en sangre en medio: MICO /F-LITIC (BD-BACTEC): Histoplasma capsulatum. Cuadro hemático: Pancitopenia.**Resultados.** Por hallazgos histológicos y de hemocultivo, se establece el diagnóstico de histoplasmosis diseminada. Por niveles elevados de ADA en LCR se consideró inicialmente tuberculosis meníngea asociada, que se descarta por cultivo de LCR negativo para micobacterias, recibió manejo con anfotericina B con mejoría clínica. Se da egreso con Itraconazol.**Conclusión.** Pacientes con SIDA y conteo de CD4 < 150 están en riesgo de desarrollar histoplasmosis diseminada. Considerarla dentro de las posibilidades diagnósticas teniendo en cuenta que la diseminación hematogena es frecuente durante las primeras etapas de la infección.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-16**INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS ADQUIRIDA EN COMUNIDAD POR ESCHERICHIA COLI, BETA-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO POSITIVO EN MUJERES EMBARAZADAS****FERNANDEZ MERCADO JUAN CARLOS, GIRON FLOREZ O, CASTRO VIVERO M.***Clínica Crecer, Cartagena– Colombia***Palabras claves.** Infección urinaria, embarazo.**Objetivo.** Describir, factores de riesgo y alternativas de tratamiento en infecciones del tracto urinario complicada por escherichia coli, beta-lactamasa de espectro extendido positivo en mujeres embarazadas.**Diseño del estudio.** Estudio observacional descriptivo de una cohorte entre enero y junio de 2012.**Lugar del estudio.** Clínica III Nivel.**Intervenciones.** N/A.

Mediciones. Los factores de riesgo para generar de *E. Coli* ESBL: la cirugía (<1 año)2 (6,7%), infecciones urinarias recurrentes 16 (53,3%), insuficiencia renal 1 (3%), diabetes mellitus 1(3%), neoplasia 1 (3%), infección por VIH 1 (3%), fármacos inmunosupresores 0 (0%), período de los agentes antimicrobianos en el último mes 21 (70%), >2 ciclos de tratamiento antimicrobiano 22 (73,3%), aminopenicilinas 4 (13,3%), cefalosporinas orales de 18 (60%), aminoglucósidos 4(13,3%), fluoroquinolonas 0 (0%), trimetropim-sulfametoxazol 11 (36,7%). Patrón de resistencia: amoxicilina-ácido clavulánico 26(86,7%), piperacilina-tazobactam 27 (90%), cefepime 30 (100%), cefoxitina 30(100%), ciprofloxacina 23 (76,7%), gentamicina 23 (76,7%), tobramicina 17 (56,7%), amikacina 2 (6,7%), ceftazidime 30 (100%) y cefotaxima 30 (100%), los 30 pacientes fueron tratados meropenem 2(6,7%), imipenem 2 (6,7%), ertapenem 24 (86,7%), no recibieron doripenem. Promedio días de tratamiento $11,1 \pm 3,98$ días.

Conclusión. Estos datos muestran que los factores de riesgo para estos pacientes son infección recurrente y el uso previo de antibióticos en más de dos ciclos, la estrategia de tratamiento más utilizado es ertapenem y una alternativa es fosfomicina.

MENÚ GENERALMenú Enfermedades
Infecciosas

I-17**LEISHMANIASIS VISCERAL EN VIH**

ARCOS MEDINA LAURA CATALINA, PEREZ DIAZ CE, BRAVO OJEDA JS, MANTILLA FLOREZ YF.

Hospital Militar Central, Bogotá– Colombia

Palabras claves. Leishmaniasis visceral, VIH.

Objetivo. Se presenta caso de Leishmaniasis cutánea con progresión a Leishmaniasis visceral en paciente con infección por VIH estado 3.

Diseño del estudio. 38 años, VIH diagnosticado hace 2 años consulta por 4 meses de distención abdominal, pérdida involuntaria de peso, fiebre, antecedente de Leishmaniasis cutánea hace 17 años, toma AZT/3TC + EFV adherencia 100%, se documenta hepatosplenomegalia, bicitopenia (anemia + trombocitopenia) CD4 12, carga viral indetectable.

Lugar del estudio. Hospital Militar Central.

Intervenciones. Biopsia de médula ósea.

Mediciones. CD4, carga viral, cuadro hemático, ferrocinética, vitamina B12, ácido fólico.

Resultados. Infiltrado linfoplasmocítico y abundantes histiocitos con parásitos intracelulares que presentan kinetoplasto.

Conclusión. La pandemia del VIH ha cambiado la historia natural de la Leishmaniasis, aumentando hasta en 100 a 2000 veces el riesgo de desarrollar Leishmaniasis visceral, la coinfección disminuye la eficacia del tratamiento antirretroviral y aumenta la probabilidad de recidivas, favoreciendo la progresión a SIDA. Para el control de la Leishmaniasis los linfocitos T CD4+ promueven la citotoxicidad activando macrófagos y los parásitos intracelulares son destruidos, es por eso que la reducción del número y funcionalidad de los linfocitos T pueden resultar en Leishmaniosis visceral; variantes dermotrópicas como *L. brasiliensis*, *L. infantum*, *L. amazonensis*, han sido reportadas como causa de Leishmaniasis visceral en coinfección con VIH.

MENÚ GENERAL

Menú Enfermedades
Infecciosas

I-18**MENINGITIS POR CORYNEBACTERIUM AQUATICUM, REPORTE DE UN CASO****ARRIETA LOPEZ ELIZABETH, TENORIO BARRAGAN I, RUEDA BAYONA A.***Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena- Colombia***Palabras claves.** *Corynebacterium aquaticum*, meningitis.**Objetivo.** Reportar el primer caso de meningitis en adultos por *corynebacterium aquaticum* en la literatura.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Clínica Universitaria San Juan de Dios Cartagena- Bolívar.**Intervenciones.** N/A.**Mediciones.** N/A.**Resultados.** Paciente masculino de 53 años, con cuadro de cefalea, sin fiebre y con rigidez nucal, sin hallazgos patológicos en tomografía con líquido cefalorraquídeo, con pleocitosis con neutrofilia, hemáties 70%, normoproteinorraquia e hipoglucorraquia. El gram reporta bacilo gram positivo, tinta china, KOH, ADA y latex para gérmenes habituales del líquido negativo. Luego de aislamiento de bacilo gram variable, para confirmar tipificación del germe se envía muestra a hospital universitario San Ignacio de Bogotá donde usando método colorimétrico Api coryne™ v2.0, reportan: *Corynebacterium aquaticum*, con sensibilidad a: ceftriaxona, gentamicina y ampicilina. Adecuada evolución, sin secuelas, se completaron 10 días de ampicilina más vancomicina y 14 de ceftriaxona.**Conclusión.** Se presenta el primer caso de *Corynebacterium aquaticum* aislado en Colombia, y el único caso de meningitis en adulto reportado en la literatura. *Corynebacterium aquaticum* es un bacilo gram positivo, inmóvil, anaerobio facultativo, que pertenece a la clase: actinobacteria, al orden: actinomycetales y la familia: corynebacteriaceae, originalmente se encuentra en aguas dulces y en la mayoría de los casos no produce enfermedad. No es frecuente el reporte de infecciones por este bacilo, generalmente se asocia a infección en huéspedes inmunocomprometidos; sin embargo, en el presente caso no se identificaron factores de riesgo para infección por este germe.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-19**MENINGITIS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA PERSISTENTE CON COINFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGYOLIES STERCORALIAS, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA****GONZALEZ PALACIOS PEDRO PALACIOS, VALDERRAMA BELTRAN S, SALAZAR IBARRA E, GARCIA O.***Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá–Colombia***Palabras claves.** *Pseudomonas aeruginosa*, meningitis bacteriana, estrongiloidisis diseminada, VIH/SIDA.**Objetivo.** N/A.**Diseño del estudio.** Descripción de un caso.**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Ignacio.**Intervenciones.** N/A.**Mediciones.** N/A.**Resultados.** N/A.**Conclusión.** En el contexto de inmunosupresión por infección VIH/SIDA y meningitis por *Pseudomonas aeruginosa* a repetición en ausencia de uso de esteroides se pueden tener en cuenta otras etiologías infecciosas como infección diseminada por *Strongyloides stercoralis*.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-20**NEUROPARACOCCIDIODOMICOSIS PSEUDOTUMORAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE****PARRA IZQUIERDO VIVIANA, MARTINEZ G, QUINTERO P, CALDERON M, SIERRA Y.***Hospital Universitario La Samaritana, Universidad de la Sabana, Bogotá–Colombia***Palabras claves.** Paracoccidioidomicosis, sistema nervioso central.**Objetivo.** Describir un caso de neuroparacoccidioidomicosis en paciente inmunocompetente.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital La Samaritana.**Intervenciones.** Ninguna.**Mediciones.** Masculino, 51 años, 20 días de vértigo, diplopía y endotropía del ojo izquierdo. Examen físico: edentulismo parcial superior, con periodontitis crónica, lesión deprimida eritematosa de aspecto irregular y bordes definidos en paladar duro y blando. Adenomegalias en cadena cervical anterior y supraclavicular. Limitación para abducción de ojo izquierdo.**Resultados.** TAC de cráneo con imagen nodular hiperdensa de origen intraxial en bulbo protuberancial de 9mm, RMN con múltiples lesiones nodulares Iso/Hipointensas de patrón anular, en ambos hemisferios y Tálamo. TAC de tórax: enfermedad pulmonar intersticial difusa. TAC de abdomen: aumento del tamaño de las glándulas suprarrenales. TAC de SPN: lesión erosiva del antro maxilar. PL: presión de apertura 13 mm/H₂O, líquido claro, glucosa: 52.9mg/dL, proteínas: 49mg/dL, leucocitos: 1, KOH negativo, GRAM negativo para gérmenes, látex para criptococo negativo, tinta china: negativa, VDRL en LCR: no reactivo. VIH: negativo, VDRL: no reactivo. Patología ganglio supraclavicular y masa de seno maxilar derecho: inflamación crónica de tipo necrotizante, estructuras micóticas compatibles con paracoccidioidomicosis. Recibe manejo con anfotericinab 50mg día, dosis acumulada 1500 mg. **Conclusión.** La paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica, endémica de áreas tropicales de América latina, causada por un hongo denominado *Paracoccidioides brasiliensis*. Las manifestaciones clínicas son principalmente en mucosas, piel, ganglios, tejido celular subcutáneo y las glándulas suprarrenales. El compromiso del SNC es una rara complicación y puede comprometer el cerebro, el cerebelo, el tronco cerebral y la médula espinal.**MENÚ GENERAL****Menú Enfermedades Infecciosas**

I-21**PANSINUSITIS Y MASTOIDITIS BILATERAL CAUSADA POR S. PNEUMONIAE RESISTENTE A PENICILINA Y A MEROPENEM****MONTOYA AGUDELO FERNANDO.***Fundación Santa Fé de Bogotá, Bogotá– Colombia***Palabras claves.** Pnsinusitis, mastoditis, *S. pneumoniae* resistente a penicilina y meropenem.**Objetivo.** Identificar y resaltar la importancia de una cepa emergente (a 19) como agente causal de pansinusitis y otomastoiditis bilateral.**Diseño del estudio.** Caso clínico.**Lugar del estudio.** Fundación Santa Fe de Bogotá.**Intervenciones.** Antrostomía maxilar bilateral.**Mediciones.** N/A.**Resultados.** Sertipificación de *S. pneumoniae* cepa a 19.**Conclusión.** Paciente de 34 años de edad quien consulta por síntomas respiratorios altos cefálea frontal, en quien se diagnostica pansinusitis y mastoiditis bilateral por medio de imágenes. Se realiza antrostomía maxilar bilateral para toma de muestras cuyos cultivos reportan como agente causal *S. pneumoniae* resistente a penicilina y a meropenem confirmado con E test. Se decide manejo con cefepima y linezolida por 21 días, con posterior recaída al mes de evolución, con un segundo aislamiento de *S. pneumoniae* resistente a penicilina y a meropenem, por lo que se decide manejo con linezolida por 3 semanas. Por características de resistencia y recaída de la enfermedad se decide realizar serotipificación la cual es reportada (A 19). Cepa emergente poco común en nuestro medio.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-22**PANUVEITIS BILATERAL COMO MANIFESTACIÓN DE NEUROSÍFILIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE****IZQUIERDO LOAIZA JORGE HERNAN, BONILLA ABADIA F, CAÑAS DAVILA CA, OCHOA ROJAS CD, AGUALIMPIA JANNING A, TOBON GJ.***Fundación Valle del Lili, Cali– Colombia***Palabras claves.** Panuveitis, neurosífilis, VDRL, Diabetes Mellitus**Objetivo.** Describir un caso de Panuveitis bilateral en paciente diabético, inmunocompetente, como manifestación de neurosífilis.**Diseño del estudio.** Reporte de caso - descriptivo.**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili.**Intervenciones.** Tratamiento antibiótico con penicilina cristalina.**Mediciones.** Se revisaron historia clínica y exámenes de un paciente evaluado en mayo del 2012 con diagnóstico de panuveitis bilateral.**Resultados.** Hombre de 78 años, con antecedente de Diabetes Mellitus 2 desde el 2005, quien consulta por pérdida bilateral de visión, asociado a dolor y eritema ocular. Oftalmología diagnostica panuveitis bilateral y remite. Entre los estudios realizados se encuentran tomografía cerebral y toraco-abdominal normales, reactantes de fase aguda elevada, función renal normal, ANA, ANCA y estudios para herpes, toxoplasma, hepatitis B y C negativos. Se encuentra VDRL sérica reactiva 1:1024 dils, con VDRL de líquido cefalorraquídeo 1:4 dils. Recibió tratamiento con penicilina cristalina según protocolo para neurosífilis, con resolución de síntomas y VDRL de control no reactiva.**Conclusión.** Se describe un paciente diabético, inmunocompetente, con cuadro súbito de panuveitis bilateral, con VDRL reactiva en suero y líquido cefalorraquídeo, que resuelve con el tratamiento antibiótico. La panuveitis constituye un reto diagnóstico, y la sífilis sigue siendo parte importante del diagnóstico diferencial, pues su tratamiento adecuado y oportuno puede mejorar el pronóstico del paciente.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-23**PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: CASO ILUSTRATIVO Y
REVISIÓN DE LA LITERATURA****PACHECO JIMENEZ OSCAR.***Hospital Militar Central, Bogotá– Colombia***Palabras claves.** Pielonefritis enfisematoso, diabetes, insuficiencia renal.**Objetivo.** N/A.**Diseño del estudio.** Reporte de Caso.**Lugar del estudio.** Hospital Militar Bogotá.**Intervenciones.** N/A.**Mediciones.** N/A.**Resultados.** N/A.

Conclusión. Hombre de 75 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y adenocarcinoma de próstata, ingresa por síntomas de 3 días de evolución dados dolor abdominal difuso, fiebre, vomito y ausencia deposición, con sintomatología irritativa urinaria. Al ingreso TA 86/50, FC 148, FR 24xm, T 35.5°C, en malas condiciones generales, sin irritación peritoneal. Laboratorios: uroanálisis inflamatorio, hemograma con leucocitosis. Se diagnostica choque séptico secundario a infección urinaria complicada iniciándose antibiótico ertapenem. Evoluciona tórpida requiriendo soporte vasopresor e IOT, y en radiografía de abdomen se encuentra gas que delinea silueta renal izquierda haciéndose diagnóstico de pielonefritis enfisematoso, que se confirma con urotac, donde se aprecia extensión hasta uréter proximal clasificándola como pielonefritis enfisematoso clase 3A. Se realiza nefrectomía izquierda donde se evidencia compromiso de grasa perirrenal e intrarrenal. Posteriormente requiere inicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se aisla *Escherichia coli* BLEE (+), permanece en UCI durante 9 días, evoluciona favorablemente y egresa a pisos donde completa antibioticoterapia, recupera función renal y egresa de la institución. Reporte de patología corrobora diagnóstico.

La pielonefritis enfisematoso es una enfermedad infrecuente pero con alta mortalidad, principalmente en pacientes diabéticos, su presentación clínica es indistinguible de una pielonefritis aguda grave y su manifestación puede ser abrupta o evolucionar en lapso de 2 a 3 semanas. El diagnóstico oportuno y tratamiento precoz incluye manejo antibiótico y drenaje quirúrgico.

MENÚ GENERALMenú Enfermedades
Infecciosas

I-24**PRESCRIPCIÓN DE ESTEROIDES EN PACIENTES CON PATRÓN MILIAR RADIOGRÁFICO DE ORIGEN TUBERCULOSO****MARTINEZ GARCIA RICARDO ARTURO, GIRALDO GIRALDO AM, GARCIA RINCON CI.***Clinica Comfamiliar Risaralda, Pereira – Colombia***Palabras claves.** Tuberculosis miliar, injuria pulmonar, esteroides.**Objetivo.** El tratamiento antituberculoso se puede asociar a injuria pulmonar y síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto en pacientes con componente miliar radiográfico tras la destrucción bacilar generada por isoniacida y rifampicina. La prescripción concomitante de esteroides busca disminuir este riesgo.**Diseño del estudio.** Estudio de cohorte 36 pacientes con componente miliar radiográfico, diagnóstico definitivo de enfermedad tuberculosa e infección por VIH, 18 pacientes prednisona o equivalente 1 mg por kg 3 días junto a terapia antiTBC, 18 restantes solo antiTBC. Desenlace requerimiento de ventilación mecánica. Valor de P: homogeneidad entre grupos.**Lugar del estudio.** Clinica Comfamiliar Risaralda.**Intervenciones.** Prescripción esteroides. Ventilación mecánica de ser requerida.**Mediciones.** Riesgo relativo como medida de asociación.**Resultados.** Grupo intervenido con esteroides RR 0.54 IC 0.40 - 0.96. Grupo sin esteroides RR 2.9 IC 1.3 - 8.7 Desenlace: requerimiento de ventilación mecánica**Conclusión.** Los esteroides por corto tiempo se comportan como factor protector ante posibilidad de injuria pulmonar y requerimiento de ventilación mecánica tras la destrucción bacilar generada por terapia antiTBC en pacientes con componente miliar radiográfico.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-25**REPORTE DE UN CASO: TBC UROGENITAL Y ENFERMEDAD RENAL****LEAL BELLO JANETH.***Hospital Universitario Mayor Mederi, Bogotá– Colombia*

Palabras claves. Tuberculosis pulmonar, tuberculosis urogenital, enfermedad renal, obstrucción, hidronefrosis, diálisis.

Objetivo. Un caso de tuberculosis urogenital asociada a enfermedad renal.

Diseño del estudio. Reporte de Caso.

Diseño del estudio. Reporte de caso.

Lugar del estudio. *Hospital Universitario Mayor Mederi.*

Intervenciones. N/A.

Mediciones. N/A.

Resultados. Se describe un caso de tuberculosis urogenital en un hombre de 65 años que debutó clínicamente con enfermedad renal crónica agudizada de tipo obstructivo a nivel pielocalicial que requiere de nefrostomía documentándose piuria sin bacteriuria requiriendo soporte dialítico, durante su estancia hospitalaria cursa con proceso séptico no modulado, presenta síntomas respiratorios dados por tos seca se toma imagen radiológica que sugiere la presencia de infiltrados reticulonodulares, con hallazgos tomográficos abdominales y cultivo en orina que conlleva a la sospecha y confirmación diagnóstica de tuberculosis urogenital.

Conclusión. El caso en mención revela la dificultad en el diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar, patología infecciosa que en nuestro país presenta una prevalencia creciente lo que obliga a nuestros clínicos a tenerla siempre en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales

MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades Infecciosas**

I-26**RESULTADOS DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS VIH+, COLOMBIA 2012****GALINDO QUINTERO JAIME, MUESES MARIN HF, GALINDO ORREGO X.***Corporación de Lucha Contra el SIDA, Cali –Colombia.***Palabras claves.** VIH, SIDA, terapia antirretroviral, atención integral de salud.**Objetivo.** Describir los resultados de un programa integral de salud para la atención de personas VIH+ del suroccidente colombiano.**Diseño del estudio.** Estudio transversal.**Lugar del estudio.** Cali, Colombia.**Intervenciones.** Atención integral de salud que incluye: atención médica especializada, asesoría integral y terapia asistida, servicio farmacéutico y laboratorio clínico, dentro de la institución. Información tomada a corte de mayo 31 de 2012, bajo consentimiento informado, de los registros clínicos de 1004 pacientes que recibían terapia antirretroviral (TARV) constante durante más de seis meses.**Mediciones.** Se evaluaron características socio-demográficas y condiciones relacionadas con VIH/ SIDA. Análisis estadísticos comparativos y sobrevida de Kaplan-Meyer, realizados en SPSS versión 17.**Resultados.** Edad promedio 41.6 ± 10.8 ; 74% hombres; 59% de Cali. 57% iniciaron su TARV en la institución con modelo de atención integral de salud (IMAIS), los demás iniciaron en sitios diferentes. 62% tuvieron enfermedad avanzada al diagnóstico. 44% completan más de 5 años bajo tratamiento; con medicamentos de primera línea 75%. Actualmente, 86% tienen $CD4 > 200$ cél/mm³ y 77% con carga viral < 40 copias. Mediana de células T-CD4 iniciales 205 y actual 435. Quienes iniciaron TARV en imais, comparados con los provenientes de otros sitios, alcanzaron en menor tiempo supresión viral y recuperación inmune sostenidas (carga viral < 40 y $CD4 > 350$).**Conclusión.** El programa de la institución es efectivo y seguro, en términos del mantenimiento de supresión viral y reconstitución inmunológica, bienestar físico y emocional, adherencia, y ausencia de adversidades clínicas.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-27**SARCOCYSTOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE****PARRA IZQUIERDO VIVIANA, VELEZ C, GARCIA CASALLAS JC.***Universidad de la Sabana, Chía – Colombia***Palabras claves.** Sarcocystis, sarcocystosis, infecciones en veterinarios.**Objetivo.** Describir un caso de sarcocystosis en paciente inmunocompetente.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Clínica Universidad de La Sabana.**Intervenciones.** Ninguna.**Mediciones.** Hombre, 40 años, ocupación veterinario, 2 meses de osteomialgias, cervicalgia, dolor en occipucio de tipo migratorio y episodios de dolor abdominal asociado a deposiciones diarréicas sin moco ni sangre, fétidas.**Resultados.** Coproscopico seriado y uro análisis: sin alteraciones, rosa de bengala: negativo seroaglutinación para brucella: negativo, IgM para triquinosis: negativo, coprocultivo: negativo, campo oscuro de orina, MAT, IgM para leptospira: negativo, ELISA para VIH negativo, IgM e IgG CMV negativo, ANA negativo.

Refiere que varios animales en su consultorio presentaron infección por sarcocystis por lo cual se realizo ELISA IgM para sarcocistis: positiva. Recibió manejo con trimetropin sulfa 160/800mg por 10 días y dosis única de albendazol de 400 mg, con resolución completa de los síntomas.

Conclusión. La sarcocistosis es una enfermedad causada por un parásito protozoico apicomplexo denominado *Sarcocystis spp.* que tiene como hospedero definitivo a los canídos, los cuales se infectan al consumir carne parasitada de otros animales como cerdos o ganado vacuno, el humano puede adquirir la enfermedad por vía oral por contacto con las heces de estos animales y presentar síntomas gastrointestinales aunque también está descrita la sarcocistosis muscular afectando músculo esquelético, cardiaco, músculo de la faringe, laringe y esófago, por tal motivo debe considerarse la sarcocistosis como una zoonosis tóxica y diagnóstico diferencial ante síntomas gastrointestinales o musculares en aquellos paciente con el antecedente exposicional.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-28**SÍNDROME DE WATERHOUSE FRIDERICHSEN. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA****BUSTOS CLARO MARLON MAURICIO, GONZALEZ PALACIOS PF, SALAZAR IBARRAE.***Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá–Colombia.***Palabras claves.** Meningococcemia, necrohemorragia suprarrenal, síndrome de Waterhouse Friderichsen, shock séptico.**Objetivo.** N/A.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Ignacio.**Intervenciones.** N/A.**Mediciones.** N/A.**Resultados.** N/A.**Conclusión.** La enfermedad meningocóccica tiene alta prevalencia en nuestro país, asociado a alta mortalidad. Reporte de caso clínico ilustrativo de meningococcemia fulminante, asociado a síndrome de Waterhouse Friderichsen, con confirmación histológica y aislamiento microbiológico.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-29**TABES DORSAL Y PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE****PARRA IZQUIEDO VIVIANA, QUINTERO P, SIERRA Y.***Universidad de la Sabana, Bogotá – Colombia***Palabras claves.** Tabes dorsal, sífilis**Objetivo.** Describir un caso de tabes dorsal (TD) y parálisis general progresiva (PGP) en inmuno-competente.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital La Samaritana.**Intervenciones.** Describir un caso.**Mediciones.** Hombre, 45 años, 7 meses de disestesias en pies, asimétrica con progresión a 4 extremidades y alteración en marcha. Fuerza 4/5 miembros inferiores, hiporreflexia en 4 extremidades, compromiso de la propiocepción y vibración e hipoestesias en bota corta en miembros inferiores, signo Romberg positivo, marcha atáxica y respuesta plantar flexora bilateral.**Resultados.** Electromiografía que describe polineuropatía sensitiva-atáxica. RPR: 256 diluciones. Presenta agitación e ideas delirantes con TAC cerebral normal y punción lumbar con hiperproteíno-rraquia (64 mg) sin consumo de glucosa, pleocitosis (150) predominio linfocítico, serología en LCR reactiva. RMN cerebral con hiperintensidad bitemporal y lesión inflamatoria en región frontal. Se inicio penicilina cristalina 5 millones de unidades cada 4 horas durante 14 días.**Conclusión.** La neurosífilis es la afectación del sistema nervioso central por el *Treponema pallidum*. TD y PGP son formas parenquimatosas y su presentación es alrededor de 10 a 30 años después de la infección primaria. El aumento del Screening ha disminuido los casos de sífilis terciaria en países en desarrollo, sin embargo presentamos un caso inusual con alteración de cordones posteriores y cambios en la personalidad, con títulos altos de serología en suero y cambios asociados con nuerosífilis en LCR, cuadro compatible con combinación de tabes dorsal y parálisis general progresiva en paciente inmunocompetente.**MENÚ GENERAL**Menú Enfermedades
Infecciosas

I-30**TERAPIA DIRIGIDA A METAS EN PACIENTES SÉPTICOS**

POSADA RESTREPO AADRIANA HELENA, NEJIA CADAVID LA, FRANCO JARAMILLO GM, MALDONADO LIZARAZO NA.

Clínica el Rosario, Medellín – Colombia

Palabras claves. Sepsis, urgencias

Objetivo. Medir el impacto en la mortalidad del paciente séptico con la terapia dirigida a metas en las primeras seis horas en urgencias

Diseño del estudio. Cohorte

Lugar del estudio. Clínica el Rosario, Medellín

Intervenciones. Las metas de reanimación en sepsis: PAM>65 mmHg e inicio de antibiótico dirigido al foco séptico en la primera hora

Mediciones. PAM>65mmHg, inicio antibiótico en la primera hora, mortalidad, estancia hospitalaria

Resultados. Se analizaron 42 pacientes, 12(28.6%) tenían sepsis severa, edad 71.9 ± 14 años, sexo femenino 31(73.8%), gérmenes encontrados: *E. coli* 38.1%, *S. aureus* 21.4% y *Klebsiella pneumoniae* 7.1%. 8 (19%) pacientes cumplieron las metas de manejo en las primeras seis horas. La mortalidad global fue de 19% (8 pacientes), 23.5% (8 pacientes) en el grupo que no cumplió metas vs 0% en el grupo que cumplió metas $p=0.127$ con un valor de RR 0.765 un IC95% [0.635;0.921] mortalidad 20,0% en el grupo que no cumplió PAM>65mmHg y 18,5% en el grupo de PAM>65mmHg, $p=0.907$, RR=0.909, IC95% [0.184;4.480]. Con respecto al inicio de antibiótico en la primera hora la mortalidad fue de 0% en el grupo que cumplió meta y de 24,2% en el grupo que no la cumplió. La estancia hospitalaria fue de 7.31 días para los que cumplieron metas y de 8.75 días para los que no cumplieron metas $p=0.596$.

Conclusión. El cumplimiento de metas de reanimación en sepsis es un factor protector y disminuye la mortalidad.

MENÚ GENERAL

Menú Enfermedades
Infecciosas

I-31**TUBERCULOSIS INTESTINAL EN PACIENTES CON VIH. SERIE DE CASOS**

MARTINEZ CASAS VERGARA VELA E, RODRIGUEZ SABOGAL I, OJEDA P, GONZALEZ M, AWAD C.

Hospital Santa Clara, Bogotá – Colombia

Palabras claves. Tuberculosis intestinal, VIH.

Objetivo. En Colombia consideramos la tuberculosis (TB) una enfermedad reemergente, con alta morbilidad en pacientes con VIH. Realizamos un análisis de los casos de tuberculosis intestinal entre 2010 y 2012 registrados en el programa de TB.

Diseño del estudio. Serie de casos

Lugar del estudio. Hospital Santa Clara Bogotá

Intervenciones. Ninguna

Mediciones. Medidas de frecuencia

Resultados. Reportamos 9 casos de TB intestinal, todos hombres con VIH sin terapia HAART, entre los 19 y 48 años, que consultaron por dolor abdominal y diarrea de evolución subaguda a crónica (9/9), asociado a anorexia y pérdida de peso (7/9), 5 sintomáticos respiratorios. Se encontró candidiasis esofágica en 2 pacientes, sífilis terciaria en 1, toxoplasmosis cerebral en 1, y coinfección con *Tropheryma whippelii* en 1 caso. 7 pacientes tenían cambios en la radiografía de tórax como opacidades micronodulares; por ecografía y TAC abdominal lo más común fue hepato-esplenomegalia y endoscópicamente se encontró colitis, ulceraciones y en 1 caso, masa en colon. De los 9 casos, 7 correspondían a *Micobacterium tuberculosis*, 1 a *Micobacterium avium* y otro presentaba coinfección de *M. tuberculosis* con *Tropheryma whippelii*. El diagnóstico se confirmó en 6 casos por coprocultivo y en 4 por patología; todos multisensibles. Por la severidad y complicaciones documentadas, 7 de los 9 pacientes fallecieron a pesar del tratamiento específico instaurado.

Conclusión. La tuberculosis intestinal hace parte de estadios avanzados del VIH-SIDA con altas tasas de morbilidad, en relación a su severidad y no uso de terapia antirretroviral.

MENÚ GENERAL

Menú Enfermedades
Infecciosas

I-32**ZIGOMICOSIS: INFECCIÓN FÚNGICA INUSUAL****TORRES CORREDOR LILIANA ISABEL, HUERTAS RODRIGUEZ GA.***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá – Colombia***Palabras claves.** Zigomicosis, diabetes, linfoma, voriconazol, anfotericina, posaconazol.**Objetivo.** Describir la presentación.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Fundación Santa Fe de Bogotá.**Intervenciones.** N/A.**Mediciones.** N/A.

Resultados. Paciente de 61 años, antecedente de linfoma de células B dx 2002 con compromiso peritoneal, recibió 5 ciclos de radio y quimioterapia, con nueva recidiva 2005, y 2010, con remisión del tumoral. Consulta por cuadro de 6 días de astenia, tos seca, fiebre y polaquiurea, hospitalizado seis días previos por neumonía basal izquierda, se manejo con claritromicina, ceftriaxona y metilprednisolona 8 mg/día por 8 días y antibiótico. Se inicia estudio y se documenta diabetes mellitus, paciente con persistencia de cuadro respiratoria, radiografía de tórax control con lesión radioopaca redonda de aprox. 3x3 cm a nivel parahiliar derecho con broncograma aéreo sugestiva de proceso consolidativo aunque no podría descartarse por completo lesión tipo masa. Se toma TAC de tórax con lesión en lóbulo superior derecho compatible con aspergilosis, se inicia manejo con voriconazol, y se decide llevar a fibroscopia y biopsia, se envia a estudio a Medellín y se documenta *R. arrhizus* (*R. oryzae*). Se inicio manejo con anfotericina B, posteriormente se manejo con posaconazol, se inicio tratamiento de la diabetes.

Conclusión. La infección por hongos zigomicetos es una patología inusual, pero por la frecuente asociación con diabetes y neoplasias hematológicas hay que sospecharlas en los paciente para brindar un tratamiento oportuno, ya que tiene un alto índice de mortalidad por compromiso vascular.

MENÚ GENERALMenú Enfermedades
Infecciosas