Med Int Méx. 2017;33:S256-S355.

INFECTOLOGÍA

0012 Prevalencia de daño renal en pacientes de reciente diagnóstico con infección por VIH sin experiencia con antirretrovirales (naïve)

Corona Felisardo, Rodríguez Arturo
Hospital General de Occidente

Introducción. La enfermedad renal crónica (ERC) es una causa significativa de morbilidad en pacientes con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). La prevalencia de ERC en la población general es de 3.5 a 9.7%, en pacientes con VIH se estima entre 5 – 30%. Los pacientes con VIH pueden presentar durante el curso de infección alteraciones en la función renal los cuales pueden relacionarse o no al VIH, e influir en un peor pronóstico. Los linfocitos CD4+ se han asociado como un marcador independiente de daño renal en pacientes con VIH. **Objetivos.** Describir la prevalencia de daño renal y correlacionar la función renal en pacientes con infección por VIH sin experiencia con antirretrovirales (naïve) con los niveles de linfocitos CD4+ y carga viral. **Pacientes y Métodos.** El presente estudio es un estudio de prevalencia, diseño transversal descriptivo, retrospectivo. Se usan como variables generales el sexo y la edad de los pacientes. Variables analíticas como CD4+, carga viral, urea y creatinina. Se excluyeron pacientes con antecedentes de enfermedades crónico degenerativas, la existencia de co-infecciones con Hepatitis B o C, antecedentes de daños renal previo conocido, así como uso de analgésico no esteroideos de uso crónico. **Resultados.** Se incluyeron 119 pacientes, 93.2% de género masculino, la edad promedio fue de 32 años, creatinina promedio 0.87 mg/dL, Urea promedio 24.4 mg/dL, TFGe por CKD-EPI promedio 112 mL/min/1.73m2, CD4+ en promedio 363 células mm3 y la carga viral promedio 334,671 copias/ml. La presencia de proteinuria en 16.6% de los pacientes. Del total de paciente únicamente 14.8% cumplieron criterios para ERC por KDIGO con TFGe < 90mL/min/1.73m2. Se estratificaron en base a la KDIGO, obteniéndose 75% con daño renal leve, 25% con daño renal moderado y ningún paciente con daño renal severo. Los pacientes con daño renal moderado tuvieron en promedio la cantidad más baja de CD4+ de 132 células/mm3. P=0.0001. La creatinina sérica el promedio fue 1.98 mg/dL en comparación con pacientes sin daños renal con promedio 0.81 mg/dL P=0.001. Se encontró relación entre la TFGe y la cantidad de CD4+ en pacientes con daño renal moderado. P=0.0001. En la medición de la carga viral, los pacientes con daño renal moderado se encontró un promedio de 1, 224,800 copias/ml relacionado con disminución en TFGe. P=0.0001. **Conclusiones.** La prevalencia de daño renal en nuestro centro fue del 14.8%, es de vital importancia determinar en todo paciente que se ingresa con infección por VIH, su estado de función renal para dirigir en tratamiento antirretroviral y tratar de determinar la causa del daño renal, haciendo énfasis en el tratamiento de causas reversibles de daño renal. Son útiles como marcadores del daño renal la carga viral y el conteo de CD4+.

Palabras clave: daño renal, VIH, Filtrado Glomerular, Carga Viral, CD4+

0017 Presentación enmascarada de enfermedad de Lyme. Reporte de caso

Ramírez Leticia2, Blancas Luis Angel1, Medina Julieta1, Matamoros Adriana Paula2, Hernández Ulises2, Cruz Martha Gloria2, Bautista Hermilo2
1.Hospital Central Norte Pemex; 2.Hospital Regional de Pemex Poza Rica

Introducción. Enfermedad de Lyme es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta Borrelia burgodferi, transmitida a través de la mordedura de garrapatas de distintos géneros, constituye una entidad clínicamente heterogénea endémica del noreste de México. **Objetivo.** Destacar la necesidad de tomar en cuenta la enfermedad de Lyme como diagnóstico diferencial. **Exposición del caso.** Masculino de 57 años de edad, residente de

Poza Rica, Veracruz, tiene epilepsia de difícil control desde la infancia, se le implantaron neuroelectroestimuladores bilaterales hace 25 años, sin otras enfermedades. Tuvo una primera hospitalización por infección de un granuloma secundario al electroneuroestimulador, cultivo positivo a *P. aeruginosa*, se retiró quirúrgicamente, recibió antimicrobianos específicos, llamando la atención marcha atáxica a su egreso, posteriormente se agrega fiebre prolongada, motivo de dos hospitalizaciones más con urocultivo positivo a E. coli, desarrolló además delirio hipoactivo, disminución del tono muscular y paraplejía, se descartó neuroinfección y alteraciones estructurales cerebrales, mostrando la electromiografía poliradiculopatía axonal motora, hiperproteínorraquia, se obtuvieron resultados positivos para Borrelia, diagnosticándose Enfermedad de Lyme en fase III. **Conclusiones.** En pacientes con fiebre de evolución atípica o no justificada debemos profundizar en su estudio y/o replantear el abordaje del mismo, tomando en consideración la epidemiología de la zona.

Palabras clave: neuroborreliosis, enfermedad de Lyme, fiebre, Veracruz, Lyme, *Borrelia*.

0025 Aplasia pura de células rojas secundaria a infección por parvovirus B19 en pacientes VIH positivos: reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Martínez Larry Luber
Hospital La María, Medellín, Colombia

Introducción. El parvovirus B19 es un virus DNA monocatenario desnudo cuya cápside mide aproximadamente 25nm,tiene tropismo por los precursores eritroides en la médula ósea,generando apoptosis de éstos lo que en pacientes inmunocomprometidos conlleva a aplasia de la serie eritroide con anemia crónica grave. Fué descrito por primera vez en 1975 en Londres, Reino Unido, por la viróloga Yvonne Cossart quien lo descubrió de forma incidental en muestras de donantes de sangre sanos; su relación con el VIH se estudió hacia finales de la década de 1980,encontrándose como causa tratable de anemia. **Objetivo.** La infección crónica por Parvovirus B19 en pacientes seropositivos para el VIH es una causa identificable y tratable de anemia en esta población,que en nuestro medio aún no ha sido muy estudiada y se requieren estudios para caracterizar nuestra población. **Caso clínico.** Masculino de 35 años de edad,procedente de zona rural de Antioquia, albañil, soltero, HSM, primaria incompleta, sin alergias, mascotas, vacunas o viajes recientes, VIH sin adherencia al TARGA. Ingresó refiriendo 6 meses de palpitaciones,tos productiva,adenopatías generalizadas pétreas, emaciado,fatiga fácil,anasarca,y un conteo de linfocitos TCD4 de 19 células/microlitro, laboratorios de ingreso con hipoalbuminemia severa,bajo índice de reticulocitos,anemia profunda roja,ascenso de VSG y PCR,la biopsia de ganglio cervical con inflamación granulomatosa crónica necrotizante, la PCR a MTB arrojó detección baja sin resistencia a Rifampicina, el par serológico IgG/IgM a Parvovirus B 19 fue positivo, resto de estudios en LCR y respiratorio negativos. Se dió esquema antitímico estándar,con persistencia de bajo índice de reticulocitos y anemia; se introdujo TARGA con mejoría de los parámetros de la aplasia roja y el estado general del paciente. **Conclusiones.** El parvovirus B19 pertenece a la familia Parvoviridae y a la subfamilia Parvovirinae género Erythroparvovirus;es un virus desnudo cuyo genoma consiste en una cadena de ADN lineal de cadena simple de 5.596 nucleótidos de longitud;las proteínas más importantes codificadas en el genoma viral son: la NS1,VP1 y la VP2 que conforman la cápside de forma icosaédrica. Un punto cardinal en la fisiopatología de la enfermedad radica en el proceso de síntesis de las proteínas virales, puntualmente la NS1;ésta paraliza la célula en la fase G2 del ciclo celular y posteriormente induce la muerte celular por apoptosis,lo que explica la naturaleza aplásica de la anemia producida por Parvovirus B19.

El tratamiento se basa en el uso del esquema antiretroviral y el uso de inmunoglobulina.
Palabras clave: aplasia serie roja, VIH, morbimortalidad, targa, parvovirus b19, tropismo.

0026 La utilidad del delta de volumen plaquetario medio (ΔVPM) e índice de volumen plaquetario medio/plaquetas (VPM/PLQ) como predictores de mortalidad en los pacientes con sepsis y choque séptico

Serrano América, Bautista Federico Del J, Jiménez Eusebio
Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes. Sepsis y choque séptico son entidades con alta mortalidad, en las cuales el retraso en diagnóstico y tratamiento tiene impacto en la sobrevida de los pacientes. Por lo que es imperativo lograr establecer marcadores pronósticos accesibles, para discriminar la gravedad y dar tratamiento oportuno. Dentro de los parámetros con mayor disponibilidad en sepsis se encuentran los índices plaquetarios, dentro de estos tenemos ΔVPM e índice VPM/PLQ. Respecto a estos parámetros ya se ha observado en estudios previos su utilidad en la predicción de mortalidad. **Objetivos.** Determinar la utilidad del ΔVPM e índice VPM/PLQ como predictores de mortalidad en los pacientes con sepsis y choque séptico. **Material y métodos.** Se realizó estudio prospectivo observacional obteniéndose datos de pacientes de un solo centro, con el diagnostico de sepsis y choque séptico. Este estudio se revisó por el Comité del mismo hospital. Se obtuvieron valores de VPM al ingreso y 72 hrs, para cálculo de ΔVPM e índice VPM/PLQ de ingreso y 72 hrs. Se evaluó la mortalidad como resultado primario. La comparación de los parámetros de los grupos de sobrevivientes y no sobrevivientes se realizó usando la prueba de U de Mann Whitney para las variables continuas y chi cuadrada para las variables categóricas. La supervivencia se analizó mediante graficas de Kaplan y Meyer y se corroboraron mediante la prueba de Long Rank. El valor pronóstico del ΔVPM e índice VPM /PLQ al ingreso y 72 horas fue evaluado mediante el riesgo proporcional de Cox expresados en Hazard Ratios (HR) con un intervalo de confiabilidad del 95%. El valor de P<0.05 fue considerado estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó con SPSS para Windows versión 22.0 (corporación IBM). **Resultados.** Se reclutaron de 83 pacientes con edad media de 64.89 años (+ 13.93 años). La media del índice de VPM/PLQ al ingreso fue de 7.5 y de 12.7 a las 72 horas en el grupo de no sobrevivientes, y en los sobrevivientes de 4.6 y 5.5 respectivamente (p 0.001 y p < 0.001). En cuanto al ΔVPM fue de 8.0 fL en los sobrevivientes y de 8.6 fL en los no sobrevivientes (p 0.515). La supervivencia a 60 días, fue mayor en los pacientes con ΔVPM < 3 fL (p 0.049). Los pacientes con índice de VPM/PLQ al ingreso y las 72 horas < 4 fL mostraron mayor supervivencia (p 0.007). Un índice VPM/PLQ al ingreso y 72 hr < 4 fL se asoció con una reducción significativa en el riesgo de mortalidad por sepsis o choque séptico a 60 días (HR, 0.236; IC 95%, 0.083-0.671; p= 0.007) (HR, 0.190; IC 95%, 0.058-0.625; p= 0.006). **Conclusiones.** El índice de VPM/PLQ de acuerdo a nuestro resultado se puede establecer con un sistema de alerta en pacientes con sepsis y choque séptico, para inicio temprano de manejo agresivo así como monitoreo estrecho por su asociación encontrada con la mortalidad a 60 días, además de otorgar el beneficio de estar disponible de manera rutinaria, lo que disminuye costos y tiempo de pruebas especiales.
Palabras clave: sepsis, choque septico, indices plaquetarios, delta de volumen plaquetario medio, indice de volumen plaquetario medio/plaquetas.

0030 Mucormocosis rinu-sinu orbitaria y osteomielitis polimicrobiana por gémenes multiresistentes en una paciente susceptible. Reporte de caso

Martínez Larry Luber, Ariza Daniel Efrén
Hospital La María, Medellín, Colombia

Introducción. La mucormicosis es una enfermedad agresiva invasiva causada por hongos angiotrópicos del orden Mucorales,principalmente del género Rhizopus,asociada con alta mortalidad y más prevalencia en pacientes inmunosuprimidos, o con trauma penetrantes y quemados. **Objetivo.** Ratificar la rápida emergencia de la resistencia bacteriana antimicrobiana y su impacto significativo en la salud pública mundial,al no ser infrecuentes sus complicaciones hospitalarias sobre patologías preexistentes. **Caso clínico.** Femenina 42 años de edad,DBT 2 fuera de metas,instrumentación odontológica reciente. Ingresó por cuadro de 3 semanas de dolor y edema en hemicara derecha.Estudios con HbA1c de 12.4%,leucocitosis,taquic ardia,astenia y medio interno sin criterios de complicación diabética.Se orientó a celulitis preseptal derecha con ATB oral Metronidazol + Amoxicilina y al 5° día,por no mejoría se rotó a Ceftriaxona y derivaron a medicina interna con plan Clindamicina IV y TAC de cara con abscesos a nivel del músculo masetero derecho y periodontal en pieza 17.Se realizó drenaje y exodoncia con cultivo a Klebsiella oxytoca pansensible en secreción y egresó con Ciprofloxacina VO. Retornó 2 semanas después por dolor,ptosis palpebral,taquicardia;se consideró plan Clindamicina IV y Piperacilina/Tazobactam y TAC de senos paranasales con colección maxilar derecha de aspecto infeccioso con presencia de aire.Presentó rash que motivó solicitud de concepto a Infectología con plan retiro de Clindamicina y continuar Piperacilina/Tazobactam más Metronidazol,curetaje y drenaje de colección en arco cigomático derecho con aislamiento de Neisseria mucosa en material de pieza 17,Serratia marcescens BLEE en tejido y hueso infratemporal derecho/dren de penrose y Stenotrophomonas malthophila en cultivo de hueso cigomático derecho con plan Meropenem, Amikacina y Trimetoprim/Sulfametoxazol con respuesta torpe y TAC de macizo facial con panalización y extensión a techo orbitario derecho. Por perfil férrico de consumo se inició Anfotericina B Liposomal 7mg mg IV día,se obtuvo en KOH de biopsia de cara colonias de *Candida albicans*. Se solicitó seguimiento en el laboratorio de referencia reportando hifas hialina aseptadas y cultivo ulterior para micosis profundas que reportó mucoral tipo Rhizopus. Se hizo inducción con Anfotericina B liposomal,se rotó a Posaconazol y egresó con plan quirúrgico reconstructivo diferido por Cirugía Maxilofacial. **Conclusiones.** La mucormicosis es una infección fúngica grave que parte de una condición inmunitaria deficiente que afecte el metabolismo de nutrientes u otra condición asociada que altera la fagocitosis o favorece la invasión del germen. La emergencia de cepas de resistencia mediante la producción de BLEE,es la resistencia microbiana más común y de importancia en salud pública,su producción por diversos patógenos de importancia clínica constituye un importante problema a los pacientes hospitalizados por sus implicaciones clínicas,terapéuticas y económicas.

Palabras clave: mucorales, betalactamasas de espectro extendido (BLEE), angiotrópico, resistencia microbiana.

0051 Absceso paravertebral complicado con pneumoraquis. Reporte de caso

Faz David Nazaeth1, Tinoco Adria Patricia1, Zertuche Tania1, Salazar Aminda2, Castillo Carolina2

1.Escuela Nacional de Medicina, Tecnológico de Monterrey; 2.Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda

Introducción. La presencia de gas en el canal espinal, o pneumorraquis, representa una patología infrecuente asociada a múltiples etiologías que puede presentarse en distintos escenarios clínicos. Dada su infrecuencia, las recomendaciones en cuanto a su abordaje y manejo son escasas. **Caso clínico.** Femenino de 50 años de edad, con antecedentes de DM2 y ERC que acude por cuadro de 3 meses de evolu-

ción, caracterizado por dolor lumbar progresivo irradiado a miembro pélvico derecho que la lleva a la postración, asociado a fiebre intermitente y posteriormente alteración del estado de alerta. A la exploración física resalta alteración del estado de alerta, debilidad simétrica de miembros inferiores, reflejos abolidos, sin datos en extremidades superiores, dolor abdominal a la palpación profunda en hipogastrio y fosas ilíacas, con una úlcera en el pie izquierdo. Se le toma un EGO por haber observado orina purulenta y se encuentra con leucocitos >100/c y bacteriuria. Debido a los hallazgos se toma TAC simple abdominopélvico y se observa absceso disecante de psoas derecho con extensión a región paravertebral y pneumorraquis. Se aísla Escherichia coli BLEE+ en hemocultivos. Dadas las malas condiciones generales de la paciente y elevado riesgo quirúrgico, se decide manejo conservador con Ertapenem con mejoría inicial de la sintomatología, así como disminución del tamaño del absceso y pneumorraquis en TAC simple de control al dia 20 del tratamiento. Sin embargo, posteriormente la paciente presenta nuevo deterioro clínico con choque séptico asociado a bacteremia y fallece tras 25 días de manejo. **Discusión.** El cuadro anteriormente descrito, representa una presentación poco común de pneumorraquis, ya que la mayoría de los casos reportados son secundarios a traumatismos, con localizaciones más frecuentes en región cervical y torácica. En una serie de casos de 50 pacientes, más del 50% presentaron pneumorraquis por causas mecánicas y tan solo en 3 eran secundarios a infecciones intraabdominales, con peor pronóstico en estos pacientes. No existe consenso sobre el manejo de la pneumorraquis con pobre evidencia científica y recomendaciones basadas en series de casos. Llama la atención que los pacientes con infecciones presentaron evoluciones mórbidas y quizás representen candidatos a tratamientos quirúrgicos agresivos.

Palabras clave: pneumoraquis, pneumoraquia, absceso paravertebral, infeccion de vías urinarias.

0076 Diferencias en los cambios electrocardiográficos en pacientes con VIH, con y sin tratamiento con inhibidores de proteasa *vs* NNTRI, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Hernández Genaro2, Huerta Dalila2, Cerda Fidel2, Martínez Angélica Gabriela1, Lozada Carlos Alberto2

1.Instituto Nacional de Rehabilitación; 2.Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción. Existe una mayor prevalencia intervalo QT corregido (QTc) prolongado en los pacientes con infección por VIH, y representa un factor de riesgo independiente para eventos cardiovasculares. Se ha relacionado con el uso de Efavirenz e Inhibidores de Proteasa, pero se desconocen éstos datos en la población mexicana. **Objetivo.** Determinar la frecuencia QTc prolongado en pacientes mexicanos con VIH, y su relación con el tratamiento antirretroviral. **Material y métodos.** Revisamos expedientes de la consulta externa del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), de 2015 a 2016, se tomaron 2 grupos, aquéllos con tratamiento antirretroviral, y aquéllos sin tratamiento por diagnóstico reciente. Registramos tratamiento farmacológico, química sanguínea, electrocardiograma y presencia de coinfecciones. **RESULTADOS.** Recabamos 60 pacientes; 25 pacientes con QTc prolongado (41.6%), y 14 de ellos (56%) tenían tratamiento antirretroviral. Tiempo promedio de diagnóstico 6.5 años, duración promedio de tratamiento antirretroviral 4.6 años; 20 pacientes (66.6%) incluían en su tratamiento 1 Inhibidor de proteasa, y 40% Efavirenz. No encontramos asociación significativa del QTc prolongado con éstos fármacos. **Conclusiones.** No logramos demostrar asociación del QTc prolongado con los antirretrovirales de primera línea ni régimen alternativo. Se requieren de más estudios para determinar la importancia clí-

nica del efecto de Raltegravir y Molusco contagioso en el QTc. **Palabras clave:** QT corregido, efavirenz, inhibidores de proteasa, antirretrovirales.

0078 Patógenos aislados en hemocultivos de pacientes con neoplasias hematológicas y neutropenia febril

Cisneros Claudia Ivette, Miramontes Elvira, Velarde Fernando Antonio
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca

Introducción. La neutropenia febril (NF) representa una complicación muy grave en pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia para malignidades hematológicas. Se define como un recuento total de neutrófilos menor de 500 células por mm3 y fiebre ≥ 38.3°C. La mayoría de los pacientes no tendrán etiología infecciosa documentada. La documentación clínica de infección ocurre en 20% - 30% de los episodios febriles, los sitios más comunes son infección del tracto intestinal, pulmones y piel. La bacteremia ocurre en 10% - 25% de todos los pacientes, la mayoría en el contexto de neutropenia prolongada o profunda (100 neutrófilos/mm3). **Objetivo.** Identificar los principales patógenos que se aíslan en los hemocultivos de los pacientes con neutropenia febril que son hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca con diagnóstico de neoplasias hematológicas. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo en el que se analizaron 43 episodios de neutropenia febril, de los cuales solo se incluyeron 40 episodios en 27 pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna en el periodo del 01 de agosto del 2016 al 30 de agosto del 2017 y que cumplieran criterios de inclusión mayores de 18 años, definición de neutropenia febril y que contaran con hemocultivo. **Resultados.** La edad promedio fue 39 años. El intervalo de edad más frecuente fue de 19 a 28 años con el 30%. Más frecuente resultó el sexo masculino con 53.5%. El tipo de neoplasia más frecuente fue Leucemia Linfoblástica Aguda Pre B con 32.5% (N, 13), seguida de Leucemia Mieloide Aguda 25% (N, 10). La fase de tratamiento en la que se presentaron la mayoría de los episodios de neutropenia febril fue la inducción a la remisión con 60% (N, 24), con menor frecuencia la intensificación en el 2.5% (N, 1), el 15% (N, 6) no tenía tratamiento para la neoplasia hematológica. El 75% (N, 30) de los episodios de neutropenia febril fueron durante recaída de la neoplasia hematológica. El valor mínimo de neutrófilos fue 0, el máximo 470, con un promedio de 120. Del total de 40 episodios de neutropenia febril, los hemocultivos fueron positivos en el 35% (N, 14), de los cuales las bacterias gram negativas se aislaron más frecuentemente con el 71.4% (N, 10), seguidas por las bacterias gram positivas 14.3% (N, 2). De las bacterias gram negativas la más frecuentemente aislada resultó E. coli en el 63% (N, 7). Dos hemocultivos resultaron positivos para hongos en ambos el patógeno fue Candida tropicalis. **Conclusiones.** El 55% de los pacientes hospitalizados por neutropenia febril fueron clasificados de acuerdo al índice de MASCC como bajo riesgo. Del total de 40 episodios de NF, se detectó bacteremia en el 35%, siendo más frecuentes las bacterias gram negativas, diferente a lo reportado por Gaytan y cols. en 2010 dónde se encontró bacteremia en el 52% y principalmente por bacterias gram positivas. La infección por hongos fue poco frecuente.
Palabras clave: neutropenia , fiebre, neoplasias hematológicas, hemocultivos, indice de MASCC, patógenos.

0090 Neurocisticercosis; características epidemiológicas de un hospital de concentración de tercer nivel

Vázquez Eduardo1, Tellez Ricardo2, Hernández Pedro2, Sanchez Mauricio 2
1.Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL; 2.Hospital Universitario José Eleuterio González UANL, Servicio de Infectología

Antecedentes. Neuricisticercosis (NC) es la infección

parasitaria más común del sistema nervioso central (SNC), causado por la larva de Tenia solium, es un problema de salud publica en nuestro ambiente como en otros países en vías de desarrolló. NC puede involucrar varias áreas del SNC, incluyendo parénquima cerebral y el espacio subaracnoideo, cerca del 1.5-5.8% puede afectar la medula espinal afectando el espacio intramedular o extramedular. **Objetivo.** Determinar la prevalencia y características de la NC en Hospital Universitario José Eleuterio González UANL durante 5 años. Material y métodos El presente estudio fue realizado en el Hospital Universitario José Eleuterio González UANL hospital publico de tercer nivel de concentración del noreste de nuestro país. Para evaluar la evolución de casos con NC se tomaron dos enfoques. Primero todos los datos clínicos de los pacientes ingresados en el periodo del 2012 al 2017 fueron revisados de forma manual y anónima. Pacientes que cumplieron los criterios de del Brutto & cols para NC fueron seleccionados y sus características demográficas, clínica y de imagen fueron obtenidas. Segundo los datos de pacientes ingresados de forma anual y muertes relacionadas con NC del 2012 al 2017 fueron obtenidos del servicio de estadística de nuestro hospital. Resultados De un total de 18 pacientes quienes fueron admitidos al Hospital Universitario Dr. José E. González con diagnóstico presuntivo de neurocisticercosis. El promedio de edad rondaba en los 41 años, eran de predominancia hombres 12 (66.7%). Las alteraciones más comunes en estos pacientes fueron cefalea en 83.3% de los casos, 73.2% de los pacientes sufrieron crisis convulsivas de los cuales el 61.1% fueron tónico clónico generalizadas. Más de la mitad de los pacientes presentaron focalización neurológica a su llegada a urgencias (61.1%) resultando en hemiparesia. Dentro de los estudios paraclínicos se realizó el diagnóstico en un total de 10 pacientes (55.5%) con serología y 2 pacientes por LCR (11.1%), se encontraron lesiones en diversos estadios de neurocisticercosis en 16 pacientes (88.9%). Se encontró hidrocefalia en la mitad de los casos y en 75% de estos se decidió procedimiento quirúrgico evacuatorio, dentro de los cuales 1 procedimiento fue endovascular. **Conclusiones.** La neurocisticercosis representa un importante problema de salud pública en nuestra comunidad. Se debe de sospecha de NC en pacientes que vivan en zonas endémicas o de lugares de intensa migración en aquellos pacientes con quistes subaracnoides o hidrocefalia. A pesar de su curso relativamente benigno el porcentaje de secuelas permanentes es elevado.

Palabras clave: neurocisticercosis, 5 años de experiencia en hospital tercer nivel, neurocisticercosis en un hospital de tercer nivel, crisis convulsivas y neurocisticercosis, cefalea y neurocisticercosis.

0097 Tuberculosis laríngea y pulmonar en paciente inmunocompetente

Pagoada Josué David, Niño Sandra Kira, López Alin Cristela, Fernández Joaquín Hernán, Zebadua Francisco Xavier, Martínez Yoselyn, Rivera Jesús
Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción. En los últimos años se ha observado un incremento en los casos de tuberculosis extrapulmonar, ésta elevación en la incidencia puede estar relacionada a una disminución de la inmunidad natural frente a dicho microorganismo por lo que cada día vemos más casos, entre ellos tuberculosis laríngea, hasta considerarla hoy en día la enfermedad granulomatosa más frecuente en laringe. **Descripción del caso.** Hombre de 41 años, albañil, COMBE negado. Inició 3 meses previos a su ingreso con tos seca que evolucionó a tos con expectoración hialina 20 días antes del internamiento, acompañándose de odinofagia a sólidos que evolucionó a líquidos 8 días previos al ingreso, tuvo disfonía de 8 días de evolución, pérdida de peso de 10 kg en 3 meses, negó

fiebre y disnea. Exploración física: TA 110/80 mmHg, FC 64 lpm, FR 20 rpm, T 36.5 ºC. Normocéfalo, faringe hiperémica, adenopatías en cadena cervical posterior de aproximadamente 2 cm de diámetro, bordes bien definidos, consistencia dura, no dolorosos a la palpación. Tórax con ruidos cardiacos rítmicos, ruido respiratorio con estertores subcrepitantes en ápice pulmonar izquierdo, con murmullo vesicular y vibraciones vocales disminuidas en región subescapular bilateral. Nasofibrolaringoscopia reportó tejido granulomatoso desde nasofaringe, pared posterior faríngea, epiglotis y bandas ventriculares, se observó cuerda vocal izquierda en posición paramedia a la fonación y abundantes secreciones purulentas. Se efectuó tomografía simple de tórax reportando adenopatías en estaciones 1, 3 y 4; engrosamiento pleural y cavernas en ápice pulmonar izquierdo, múltiples infiltrados nodulares bilaterales generalizados de predominio basal derecho. Reporte de BAAR: 0-1 BAAR/campo. Se dio tratamiento antituberculosis de primera línea, mejorando la disfonía y odinofagia y se decidió su alta para continuar con manejo ambulatorio. Discusión: la tuberculosis laríngea en la actualidad es una entidad rara, se presenta en menos del 1% de los casos de tuberculosis extrapulmonar y se debe considerar como diagnóstico diferencial de las neoplasias laríngeas en pacientes con disfonía y disfagia. La sospecha diagnostica nos permitirá realizar un abordaje adecuado y le brindara al paciente un mejor pronostico.

Palabras clave: tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis laríngea, enfermedad granulomatosa, disfonía, disfagia.

0106 Tuberculomas multiples intracraneales en paciente inmunocompetente. Una presentacion rara de tuberculosis diseminada

Zebadua Francisco Javier, Castro Ciro, Niño Sandra Kira, Fernández Joaquín Hernán, López Alin Cristela, Lázaro Ricardo Isidro, Rivera Jesús
Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción. La afección del sistema nervioso central por tuberculosis es considerada como una forma grave de esta enfermedad, puede presentarse como meningitis, aracnoiditis y tuberculoma. Los tuberculomas representan el 1% de los casos de tuberculosis del sistema nervioso central y suelen ser múltiples solo en 15%-33% de estos. **Descripción del caso.** Hombre de 70 años, COMBE negado, sin enfermedades crónico degenerativas. Inició 3 meses previos a su ingreso con astenia, adinamia y pérdida de peso de 25 kg. 3 días antes de su ingreso inició con desorientación y mioclonias en cara y miembro torácico izquierdo. TA 100/70 mmHg, FC 80 lpm, Fr 18 rpm, Temp 37°C. Despierto, desorientado en espacio y tiempo, mioclonias en cara, sin rigidez de nuca ni signos meníngeos, mucosa oral subhidratada, cuello cilíndrico, sin adenopatías, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, sin megalias, peristalsis normoactiva. Genitales normales, extremidades con movimientos anormales en miembro torácico izquierdo. Reflejos de estiramiento muscular normales y fuerza conservada. Leucocitos 9050, linfopenia 730, Hb 12, Hto 38%, normocitica, Neutrófilos 7.5 /mm3, Plaquetas 552/mm3. Panel viral VIH, hepatitis A, B, C negativos, LCR normal, TORCH negativo, Na 126 mEq/dl. Radiografiá de tórax con patrón intersticial bilateral micronodular e imagen radiopaca en ápice derecho con bordes mal definidos. UroTac con hipotrofia de riñón derecho. TAC pulmonar con imagen micronodular bilateral en vidrio despulido con imagen hipodensa en ápice derecho con bordes espiculados. TAC de cráneo con zona hipodensa redonda en ganglio basal derecho con edema perilesional en fase tardía. Múltiples lesiones en todo el parénquima cerebral redondas con refuerzo en anillo con edema perilesional compatibles con tuberculomas. Broncoscopia mostró bronquio derecho con bandas longitudinales prominentes, biopsia

pulmonar de nódulo apical fue negativa para malignidad, rojo congo negativo, cultivo de líquido broncoalveolar negativo, PCR de tejido de biopsia por broncoscopia positivo para tuberculosis. Se dio tratamiento antituberculosis de primera línea y ácido valproico con lo que mejoró neurológicamente. **Discusión.** Los tuberculomas no tienen una imagen patognomónica por lo que hay que considerar su diagnóstico diferencial con otras enfermedades como toxoplasmosis, neoplasias, sarcoidosis, VIH, entre otras. El tiempo de demora en el diagnóstico de pacientes inmunocompetentes es cuatro veces mayor que en los inmunodeprimidos. La presentación de tuberculomas y tuberculosis miliar de manera simultánea es muy rara.

Palabras clave: tuberculomas, tuberculosis diseminada, aracnoiditis.

0109 Infección crónica por aspergilosis como consecuencia de secuelas de tuberculosis pulmonar. Reporte de un caso

Cabrera Ulda, Niño Sandra Kira, López Alin Cristela, Lázaro Ricardo, Fernández Joaquín Hernán, Rivera Jesús, Castro Ciro

Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción. El desarrollo de aspergilosis pulmonar después del tratamiento para tuberculosis se puede presentar hasta en el 1% de los casos, pero existe poca información sobre la coexistencia de ambas patologías. Algunos factores predisponentes para ésta coinfección son la presencia de cavernas, DM2, tabaquismo o alguna enfermedad pulmonar estructural previa. La coexistencia de aspergilosis pulmonar con tuberculosis se debe sospechar en todo paciente con persistencia de hemoptisis y cuya sintomatología no mejora a pesar del tratamiento antituberculosis. **Descripción del caso.** TA de 120/70 FR 24 FC 100 peso: 50 Kg talla: 1.62 TEMP 38.4 IMC: 19 Hombre de 36 años que inició su padecimiento 15 meses previos al ingreso con fiebre de 39.5° C de predominio nocturno, acompañada de tos con expectoración purulenta sin hemoptisis y pérdida de peso de 30 kg. Acudió a médico particular quien indicó tratamiento con antibióticos no especificados sin mejoría. Posteriormente se diagnosticó tuberculosis pulmonar e inició tratamiento antituberculosis con antifimicos de primera línea 4 meses previos a su internamiento. Durante su tratamiento progresó con disnea grado 2 a 3 de la ATS y persistencia de fiebre vespertina de 38.5 °C por lo que decidió acudir a nuestra hospital para protocolo diagnóstico. Se realizó TAC de tórax reportando imagen compatible con caverna en segmento anterior de lóbulo superior izquierdo. Por broncoscopia se observó cavitación con paredes rojizas obscuras, algunos vasos visibles de gran calibre y lesiones tumorales pediculadas suspendidas del mismo con recubrimiento de fibrina del cual se tomaron muestras para biopsia y cultivo, informando la presencia de *Aspergillus fumigatus* con tinción de PAS. Se inició tratamiento con itraconazol remitiendo la sintomatología. El paciente terminó tratamiento antituberculosis y está en espera de valoración por cirugía de tórax para considerar lobectomía por el daño parenquimatoso existente. **Discusión.** Se debe sospechar de infección por hongos en pacientes con tratamiento por tuberculosis pulmonar o secuelas de la misma. El desarrollo de aspergilosis pulmonar en pacientes con cavernas por tuberculosis es de 30% en comparación con 4% en pacientes sin ellas. El tratamiento oportuno con antimicóticos disminuye la mortalidad, pero a pesar de la terapéutica pueden desarrollar pérdida progresiva de la función pulmonar, requiriendo en algunos casos lobectomía.

Palabras clave: aspergilosis, tuberculosis pulmonar, secuelas, hemoptisis.

0111 Determinación de los factores de riesgo que contribuyen a la mortalidad hospitalaria en pacientes con infección por *Clostridium difficile* en pacientes hospitalizados en el Hospital Juárez de México

Sandoval María Graciela
Hospital Juárez de México

Introducción. *Clostridium difficile* (CD) es el principal patógeno responsable de la diarrea hospitalaria. se ha reportado un marcado aumento en la incidencia de infección por CD (ICD) y la mortalidad a partir del año 2000. La tasa de mortalidad por ICD aumentó de 2 muertes por cada 100 000 habitantes en 2007 a 2.3 muertes por cada 100 000 habitantes en 2008, lo que representa un aumento del 15% anual. El principal factor de riesgo para la ICD es el uso generalizado de antibióticos, otros incluyen edad >65 años, comorbilidades graves, inhibidores de la bomba de protones, alimentación enteral, cirugía gastrointestinal, quimioterapia y el uso de agentes inmunosupresores. **Objetivo.** El objetivo de este estudio fue determinar los principales factores asociados a mortalidad intrahospitalaria de pacientes con ICD. **Material y Métodos.** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo. Incluyo a pacientes hospitalizados en el periodo de noviembre de 2015 a abril de 2017: ambos sexos, > 18 años y con diarrea asociada a ICD. El análisis estadístico fue con estadística descriptiva, chi cuadrada y T de Student. (SPSS 24). **Resultados.** Se registraron 26,420 ingresos, 68 pacientes con ICD, incidencia de 2.57 pacientes infectados por cada 1000 hospitalizados. El 63.5% (40) mujere y 36.5% (23) hombres. La media de edad fue de 51.4 años (19-91 años). La mortalidad fue del 22.2% (14). Los factores de riesgo que se asociaron a la mortalidad son desnutrición moderada a severa en el 100% del grupo de defunción (p=0.004), uso de 2 o más antibióticos en el 37.5% (p=0.014 falla orgánica 71.4% (p=0.002), alteración de pruebas de función hepáticas 50% (p=0.001) e hipotensión 92.9% (p=0.001 edad, genero, comorbilidades, Inhibidores de bomba de protones, inmunosupresores, quimioterapia y hospitalización previa no mostró diferencia significativa. Los parámetros bioquímicos asociados a mortalidad fueron niveles menores de albumina en el grupo de defunción con media de 2.21 g/dl vs 7.76 g/dl en el grupo de pacientes vivos (p=0.001), niveles de procalcitonina mayores en grupo de defunción con media de 8.46ng/ml vs 1.62 ng/ml (p=0.055), creatinina mayor media de 0.92 mg/dl vs 2 mg/dl (p=0.027 el resto de los parámetros sin diferencia clínicamente significativa. El grado de severidad el 92% de los pacientes en el grupo de defunción presento enfermedad severa complicada (p=0.001). **Conclusiones.** Los resultados son similares a la bibliografía donde la desnutrición moderada a severa fue uno de los principales factores de riesgo, la falla orgánica principalmente hepática se asocio directamente a la mortalidad temprana < 7 días, así como la severidad. El inicio temprano del tratamiento disminuyo la mortalidad principalmente en pacientes mayores de 65 años donde se observo una mortalidad menor a la reportada 22.2% vs 93%. sigue siendo una infección importante con alta mortalidad y grandes costos para la población por lo que se deben de llevar mejor registro de la incidencia.

Palabras clave: *Clostridium difficile*, mortalidad, factores de riesgo.

0137 Quiste hidatídico esplénico causal de varices gástricas

Aguilar Cesar Raúl, García Jesús
Instituto Mexicano del Seguro Social

La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis causada por el estadio larvario del cestodo *Echinococcus granulosus*. El parásito requiere diferentes hospederos para completar su ciclo vital.Los definitivos son perros y cánidos salvajes, entre los huéspedes intermediarios figura el humano. Se comunica el caso de una paciente con quiste hidatídico localizado en el bazo que de manera crónica provocó varices gástricas manifestándose como choque hipovolémico por hemorragia digestiva alta.Femenina de 28 años,convivencia con perros; 2 cuadros previos de hemorragia digestiva alta. Ingresó al hospital por he-

matemesis masiva que causó choque hipovolémico,signos vitales 107/51 mmHg, FC128/min,FR 22/min.La endoscopia identificó várices gástricas fúndicas siendo un conglomerado varicoso de 3 a 4 mm de diámetro con coágulo adherido que dificultó la visualización del sitio de sangrado.El ultrasonido abdominal mostró un aparente quiste simple dependiente del bazo;la TAC abdominal confirmó quiste con imagen septada sospechosa de quiste hidatídico, por lo que se solicitaron estudios CPS que evidenciaron huevos de *Echinococcus granulosus* y *Endolimax nana*. Se realizo laparotomía exploradora,se encontró un quiste de 25 x 20 cm, fijo; se realizó cistectomía con ligadura de vasos.El contenido líquido quístico fue de aspecto espeso y turbio. La pared del quiste era gruesa con tres membranas. Recibió tratamiento con albendazol y egreso estable. Es extremadamente rara la hidatidosis esplénica.

Palabras clave: quiste, hidatidosis esplenica, varices gastricas, zoonosis.

0150 Neumomediastino y neumotórax bilateral en paciente con tuberculosis pulmonar

Martínez Yoselyn, Niño Sandra Kira, Lázaro Ricardo, Torruco Uri, Zebadua Francisco Javier, Pagoada Josué David, Guzmán Alejandro

Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción. El neumotórax espontáneo secundario se define como complicación de una enfermedad pulmonar previa, se asocia frecuentemente a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, fibrosis quística, enfermedades metastásicas pulmonares o neumonía necrotizante. El neumotórax es un hallazgo radiológico poco frecuente en la tuberculosis con una incidencia de casi 1.5%. La incidencia estimada de neumotórax espontáneo asociado a tuberculosis pulmonar activa es de 1-2%. Es una complicación rara y que pone en peligro la vida. **Descripción del caso.** Femenino de 24 años de edad, enfermera, COMBE positivo, VIH negativo, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar por baciloscopia en fase intensiva de tratamiento antituberculosis un mes previo a su ingreso. Por persistencia de tos productiva, fiebre y disnea, se hospitalizó con diagnóstico de neumonía sobreagregada, el cultivo de expectoración desarrolló Acinetobacter baumanni y las baciloscopias fueron negativas. Al quinto día de estancia hospitalaria tuvo dolor torácico súbito en hemitórax izquierdo y aumento de disnea, con enfisema subcutáneo en cara anterior de cuello y tórax. Por TAC de tórax se diagnosticó neumomediastino y dos días después en radiografía de control se documentó con neumotórax izquierdo de más del 50% por lo que se colocó sonda endopleural. Persistió con dolor torácico y disnea corroborándose por imagen neumotórax contralateral por lo que se colocó sello pleural. Recibió terapia antimicrobiana con tigeciclina de acuerdo a antibiograma y requirió pleurodesis pleural izquierda. Tuvo resolución en 12 días de ambos neumotórax y se retiraron los sellos sin complicaciones. **Conclusión.** El neumotórax es una complicación relativamente infrecuente de la tuberculosis pulmonar. Suele presentarse en los casos de fibrosis residual con retracciones y bullas. Más raramente ocurre en la tuberculosis pulmonar activa, probablemente como resultado de la ruptura de alvéolos que liberan aire al espacio pleural, de una fístula broncopleural o de la ruptura de una caverna hacia el espacio pleural. El neumotórax comprime el tejido pulmonar, reduciendo la funcionalidad pulmonar, el volumen ventilatorio y la capacidad de difusión. Cuando la presión alveolar excede la presión del intersticio pulmonar el aire que sale de la ruptura alveolar se dirige a través del paquete broncovascular al hilio ipsilateral, produciendo neumomediastino; si el aire se dirige hacia el espacio pleural, se produce neumotórax. En los casos de neumotórax pequeño puede ser suficiente el tratamiento antituberculosis para su resolución y en quienes llegan a requerir sello pleural suele reexpandir el pulmón,

sin presentarse recidivas del neumotórax.

Palabras clave: neumomediastino, neumotorax, sello pleural, tuberculosis pulmonar.

0159 Enfermedad de Weil, reporte de un caso

Ávila Anabel, Aguilar Claudia Angélica, Romero Javier Alonso, Montero Héctor, Méndez Andrea Isabel, Giraldo Diego Alejandro
Hospital General de México

Introducción. La leptospirosis es una zoonosis bacteriana de distribución mundial. Suele transmitirse al hombre a través del agua, los alimentos o el terreno húmedo, contaminados por orina de animales infectados. El microrganismo puede penetrar a través de pequeñas heridas en la piel o mucosas y aún en piel sana que estuvo mucho tiempo en el agua y diseminándose por vía hemática y linfática, el promedio de incubación es de 7 días. Por lo general el curso clínico es bifásico, la presentación clínica mas grave es la enfermedad de Weil que se caracteriza por ictericia, disfunción hepática y renal; esta variedad en la fase temprana se caracteriza por ictericia con hiperbilirrubinemia, deterioro de la función renal y diátesis hemorrágica. **Objetivo.** La forma grave se presenta con falla multiorgánica, incluyendo miocarditis, hemorragia pulmonar difusa, daño alveolar, ictericia e insuficiencia renal y hepática (denominada enfermedad de Weil y en forma rara, pancreatitis. Se reporta un caso de paciente con leptospirosis que desarrollo enfermedad de Weil. **Exposición del caso.** Hombre de 41 años, como antecedente de importancia, biólogo que recolecta muestras de agua potable, tratada y aguas negras para análisis físico-químico. Ingresa por presentar mialgias, artralgias, astenia, adinamia, palidez generalizada, así como vómito en posos de café, fiebre e ictericia. A la exploración física se confirma fiebre, hipotensión, ictericia generalizada, y dolor abdominal difuso. Exámenes de laboratorio mostraron elevación de azoados con lesión renal aguda AKIN II, elevación de bilirrubinas patrón mixto, biometría hemática que mostró elevación de cuenta leucocitaria con neutrofilia y trombocitopenia, uroanálisis con proteinuria y piuria. Se realizó endoscopia encontrando estómago con presencia de erosiones difusas y en el fondo mucosa con presencia de hemorragia subepitelial difusa, pangastropatía erosiva, sin evidencia de sangrado activo, ultrasonido de hígado y vías biliares reporta colelitiasis sin datos ecográficos de agudización, hígado de características ecográficas normales, sin dilatación de vía biliar, bazo y páncreas sin alteraciones. Paciente el cual persistió con dolor abdominal difuso así como ictericia, por 3 semanas, ante cuadro de fiebre, mialgias, ictericia sin elevación de transaminasas y deterioro de la función renal, así como por antecedente ocupacional de riesgo se sospechó en leptospirosis, por lo que se solicitó serología la cual resulto positiva para leptospira, se dio tratamiento específico con doxiciclina obteniendo mejoría del cuadro. **Conclusión.** Las manifestaciones clínicas de la leptospirosis son inespecíficas debe considerarse el diagnóstico en pacientes con fiebre de inicio brusco, mialgias, nausea, vómito; investigar la ocupación del paciente es de gran ayuda para el diagnóstico. Puede presentarse como en este caso de una forma grave (enfermedad de Weil), la cual con tratamiento específico tiene un alta tasa de curación.

Palabras clave: endoscopia, hemorragia, ictericia, fiebre, Weil, renal.

0164 Aspergilosis pulmonar crónica cavitada. Reporte de un caso

Flores Leticia, Arteaga Patricia Lorena, De Hoyos Gilberto, García Montserrat
ISSSTE

Introducción. La aspergilosis pulmonar es una infección fúngica causada por el hongo Aspergillus, ubicuo que se adquiere inhalando sus esporas. El pulmón es el principal órgano afectado. Los factores de riesgo para la infección por

Aspergillus estarán asociados a la alteración funcional de macrófagos y neutrófilos, lo que explica que la infección afecte principalmente a pacientes con neutropenia, con trasplante de médula ósea y de órgano sólido o tras tratamiento esteroideo. Otros grupos de riesgo son los pacientes con SIDA, con enfermedad granulomatosa crónica, drogadictos o alcohólicos. **Objetivo.** Se han reportado pocos casos de aspergilosis pulmonar crónica en pacientes sin ningún inmunocompromiso, por lo que el caso que se presenta es con el objetivo de realizar un abordaje diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno. **Caso clínico.** Femenino, de 67 años, residente de CDMX, con antecedentes personales de exposición a tabaquismo pasivo por 30 años, hipertensión arterial desde hace 8 años en tratamiento con losartán 50mg y amlodipino, sin otros antecedentes de importancia. Inicia su cuadro 4 meses previos a su ingreso presentando tos seca alternada con expectoración hemoptoica, fiebre intermitente sin predominio de horario, diaforesis nocturna y calosfríos, posteriormente expectoración amarillenta, fétida con pérdida de peso de 10kg en 3 meses, agregandose disnea progresiva por lo que acude al hospital. A su exploración Física Peso 80 kg, Talla 1.56cm, Temp 36.3°C, T.A. 125/75mmHg, FR 20 rpm, FC 82 lpm, con palidez de piel y tegumentos +. Campos pulmonares con estertores gruesos de predominio basal derecho, disminución de las vibraciones vocales de manera ipsilateral, sin sibilancias. BH: Leucocitos 13.73 millonnes/mm3, Hb 12.1g/dl, Hto 37.2%, VCM 88.8fl, HCM 28.9pg, MCHC 32.5%, PLT: 452000/µL, neutrofilos 9930/mm3, linfocitos 1940/mm3. QS: Glucosa 170mg/dl, BUN 11mg/dl, Urea 23.54mg/dl, Creatinina 0.96mg/dl. Gasometría arterial Fio2 30% pH 7.49, PCO2 28.5, PO2 61, BE -0.9, HCO3 21.5, SaO2 93%. Radiografía de tórax con sospecha de neumonia bacteriana; por lo que se inicio tratamiento antibiótico empírico con levofloxacino 750mg cada 24 horas , sin mejoría, se realiza PCR para TB: NEGATIVO y cultivos de expectoración negativos. Se realiza TC simple de Tórax con presencia de bula pulmonar con dimensión de 7 mm, localizada en el lóbulo inferior derecho. Área de consolidación basal derecha con presencia de broncograma aéreo y cavitación con dimensiones aproximadas de 14 mm x l9 mm x 28 mm. Posteriormente se realiza broncoscopia con lavado bronquial y toma de muestra; la cual se cultiva para TB con reporte negativo y para aspergillus sp con reporte positivo. Se inicia tratamiento con voriconazol, con lo que la paciente muestra recuperación. **Conclusiones.** La afectación pulmonar crónica cavitada por aspergillus es una entidad rara en pacientes inmunocompetentes; que se debe sospechar ante una evolución crónica, descartando otras etiologías.

Palabras clave: *Aspergillus*, neumonía, aspergilosis, cavitación, hemoptisis, broncoscopia.

0173 Serositis y dengue… a propósito de un caso y revisión de la literatura

Lazo Alexis Javier1, Chávez Jaime1, Saucedo Isai 2, Carrillo Eliana Soledad2, Mares Martin3
1.Universidad Autonoma de Tamaulipas, Facultad de Medicina e Ingeniería en sistemas computacionales de Matamoros; 2.Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, Campus 2001; 3.Hospital General de Matamoros

Introducción. El dengue es una enfermedad infecciosa aguda producida por un flavivirus y transmitido por la picadura de la hembra del mosquito Aedes aegypti. Más de 100 millones de casos de Dengue y medio millón de casos de Dengue hemorrágico son reportados anualmente a nivel mundial. Los síntomas de alarma, incluyen síndrome febril agudo asociado a cefalea, dolor retro-ocular, mialgias y artralgias, náuseas y vómitos, anorexia, erupción cutánea, fenómenos hemorrágicos leves; evolucionando luego con manifestaciones hemorrágicas graves, poliserositis, inestabilidad hemodinámica, shock y muerte. **Objetivo.** Presentar

un caso clínico en el que se observa la serositis como una de las complicaciones del dengue hemorrágico. **Caso.** Masculino 25 años de edad, referido al HGM Tamps, inicia 9 días antes con fiebre no cuantificada, cefalea, dolor retro ocular, artromialgias, exantema, náuseas y vomito ocasional, continuando con fiebre, disnea, polipnea y evacuaciones liquidas verduscas .AL EF T.A.:100/60 mm/hg, T.:38.9 °C, F.R.:37 r.p.m., F.C.:123 l.p.m. BAAR 3 muestras (-) y (+) a IgM y (-) a IgG en prueba rápida de dengue. TX: omeprazol 40 mg iv c/24hrs, acetaminofen 1g iv c/8hrs, imipenem 1 gr c/24 hrs, hidrocortisona 100 mg y dos PG. Las plaquetas descendieron hasta 32 mil y al egreso ascendieron a 500 mil, la hb no se modificó en gran medida durante la estancia. Continua en UCI con, SDRA, serositis por complicación de dengue confirmada por rx de tórax y TAC, ventilación mecánica no invasiva, presento petequias en espalda y equimosis en brazo der. Tras 11 días de EIH se egresa por mejoría clínica, con dengue y serositis bilateral controlados, asintomático, sin datos de ataque al estado general; Con cita de control en un mes en MI. **Discusion.** Se presentó paciente con SDRA y serositis por complicación de dengue grave, que obtuvo bueno respuesta al tx con hidrocortisona, acetaminofén, transfusión sanguínea y a líquidos y se da de alta por mejoría clínica. Durante la etapa febril, hay que diferenciar al dengue de otras infecciones virales o bacterianas teniendo en cuenta el cuadro clínico del paciente y las características epidemiológicas del lugar. Todas las enfermedades que cursan con fiebre y exantema pueden ser confundidas con el dengue. El laboratorio característicamente muestra leucopenia, trombocitopenia y hemoconcentración, que asociados a fiebre y a la prueba del torniquete positiva, tienen un valor predictivo de 95.3% para Dengue. La rx del tórax puede mostrar derrame pleural, congestión y haber síndrome de distrés respiratorio. La ecografía permite valorar con alto grado de certeza los hallazgos relacionados con el Dengue: ascitis, derrame pleural y pericárdico, engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, hepatoesplenomegalia y, además, excluir posibles diagnósticos diferencial.

Palabras clave: serositis, dengue hemorragico, UCI.

0177 Leptospirosis enfermedad multisistémica que hay que sospechar, reporte de un caso

Ramírez Jorge Luis, Amao Alejandro, Cortés Yoko Indira
IMSS HGZ MF No. 1 Pachuca Hidalgo

Se trata de un paciente masculino de 32 años quien como único antecedente de importancia e interrogado de forma dirigida durante la evolución del padecimiento era la exposición laboral a almacenes infestados por ratas. Las manifestaciones clínicas inician en este caso con fiebre dolor abdominal e ictericia de una semana de evolución sin otras manifestaciones de importancia, por lo que se sospecha de colangitis, se realizan estudios iniciales de USG (negativo) y colangioresonancia (negativa a obstrucción), colangioresonancia, se realizan estudios iniciales de biometría hemática, mostrando trombocitopenia severa (40,000), química sanguínea con daño renal agudo, hepatitis A, B y C, resultando negativos, el paciente evoluciona con deterioro respiratorio y desaturación hasta menos de 70%, se realizan estudios de tele de tórax con evidencia de daño pulmonar difuso. Hasta este momento el caso se dirige con una alta sospecha de problema sistémico sugestivo de autoinmunidad, además de afectación multiorgánica con mala evolución lo que nos orilla a uso de esteroides, estudios complementarios descartan infección bacteriana, viral, e inmunológica con anticuerpos negativos, solicitamos entonces captura sérica de leptospira resultando positiva. El manejo concomitante de esteroides, cefalosporina de 3a generación y medidas de sostén ayudo a este paciente a presentar una mejoría clínica y bioquímica evidentes pudiendo ser egresado de hospital luego de 10 días de estancia.

Palabras clave: leptospirosis, multisistémica, sepsis, ictericia.

0183 Neumonía criptogénica organizada como diagnóstico diferencial de neumonía que no responde a tratamiento

Reyes Isaac, Martínez Néstor, Baca Alfredo, Ramos Manuel Martínez, García Mario Ramón, Terán José Oscar
Hospital Central Norte de Pemex Azcapotzalco

Introducción. La neumonía criptogénica organizada es una enfermedad que no responde a tratamiento en pacientes hospitalizados cuya incidencia varía del 13-18%, de etiología no determinada, cuyo patrón histopatológico corresponde a una enfermedad pulmonar intersticial difusa con afección a bronquiolos distales, conductos y paredes alveolares. **Caso clínico.** Femenino de 60 años de edad, originaria de la Ciudad de México, profesión ingeniero jubilado. APP: Artroplastía total de cadera derecha en el 2016, Hipertensión arterial sistémica complicada con cardiopatía hipertensiva tratada con Losartan 50 mg, infarto agudo al miocardio en 2005. Hospitalizada a cargo de Medicina Interna por disnea de pequeños esfuerzos y dolor en hipocondrio derecho, se integró derrame pleural corroborado por tomografía simple de tórax la cual reportó derrame pleural masivo loculado, neumonitis apical bilateral, nódulos pulmonares enc ampo pulmonar izquierdo. Toracocentesis evacuadora y diagnóstica con datos de exudado por criterios de Light, se concluye derrame paraneumónico complicado y sometida a toracotomía postero lateral derecha con toma de biopsia así como toma de biopsia transbronquial. Presentó evolución estacionaria con datos de insuficiencia respiratoria y deterioro pulmonar refractario a tratamiento con antibiótico y mejoría parcial con la administración de esteroides intravenosos, se realizó eco cardiograma sin datos indirectos de embolismo pulmonar ni falla cardiaca, Laboratorio: leucocitos 21.6, neutrófilos 19.3, Hb 9.4 gr/dl, vcm 64.5, hcm 20.7; cito químico líquido pleural: pH 7, 15048 cel/mcl. Leu 13320, 93% PMN, DHL 797.90, proteínas 4.86. DHL sérica 222. PCR tuberculosis y viral negativa, cultivo de expectoración con desarrollo de cándida albicans . ANA, anti. SSA, ac. Anti-citoplasma neutrófilo negativos. Reporte histopatológico de neumonía criptogénica organizada (cuerpos de Masson). **Discusión.** Enfermedad poco frecuente, presente de los 50-70 años, con derrame pleural en el 22% de los casos, radiológicamente se ha asociado con imágenes de consolidación multifocal periférico y vidrio deslustrado pero con una sensibilidad de 11.5% y 27% para el diagnóstico. El diagnóstico definitivo es Histopatológico con toma de biopsia transbronquial y la presencia de tejido granular en las paredes alveolares (tejido de Masson). Presentan buena respuesta al tratamiento con esteroide y mala a los antibióticos sin embargo el 14% son refractarios al mismo. **Conclusiones.** Femenino con datos clínicos e histopatológicos concluyentes para neumonía criptogénica organizada, se realizó búsqueda intencionada de agentes infecciosos con presencia de hemocultivo, cultivo de expectoración y determinación de agentes virales por PCR negativos, con mala respuesta a tratamiento antibiótico y refractario a esteroide intravenoso.

Palabras clave: neumonía criptogénica, tejido de Masson, enfermedad pulmonar intersticial difusa.

0193 Fiebre de origen desconocido asociada a VIH secundaria a infección diseminada por *M. avium-intracellulare*

Pérez Gabriel, Ayala Ismael, Velázquez Karla Abigail, Barba Fernando, Cornelio Ramón Darío, Pérez Bernardo
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Introducción. Las infecciones oportunistas son la causa más frecuente de fiebre de origen desconocido en pacientes con infección por VIH, a pesar del uso extendido de la terapia antirretroviral altamente

activa. Las micobacteriosis diseminadas tienden a presentarse con síntomas inespecíficos afectando múltiples órganos en este contexto clínico. La infección generalizada por *M. tuberculosis* se presenta con cualquier recuento de CD4, mientras que en el caso de *M. avium-intracellulare* el riesgo es mayor con CD4 < 100/mm3; sin embargo, los hallazgos clínicos e histopatológicos son similares en ambos casos (formación de granulomas no caseificantes y positividad a la tinción de Ziehl-Neelsen). La distinción de ambas patologías representa un reto diagnóstico; sin embargo, es importante debido a las diferencias en el tratamiento. El inicio temprano del régimen antimicrobiano correcto es el principal factor determinante del pronóstico en estos pacientes. **Objetivo.** Resaltar la importancia del diagnóstico diferencial entre infección diseminada por *M. tuberculosis vs M. avium-intracellulare* en un paciente con fiebre de origen desconocido asociada a VIH. **Exposición del caso.** Hombre de 39 años de edad con diagnóstico reciente de infección por VIH, sin adherencia al tratamiento, presenta cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por malestar general, hipostenia, fiebre de predominio vespertino, diaforesis, pérdida de peso de 22 kilogramos no intencionada, intolerancia a la vía oral y disnea de medianos esfuerzos. Fue valorado en otra unidad en múltiples ocasiones recibiendo tratamiento antimicrobiano por sospecha de gastroenteritis infecciosa y antimicótico por presentar candidiasis orofaríngea, con persistencia de la sintomatología. Acude a valoración a nuestro servicio en donde documentamos adenopatias cervicales, inguinales, axilares, retroperitoneales y mesentéricas, hepatomegalia, esplenomegalia y pancitopenia. TAC de tórax normal. Se realizó aspirado de médula ósea que se reportó hipocelular. Los hemocultivos y el mielocultivo no presentaron crecimiento microbiológico. Se tomó biopsia excisional de ganglio cervical con reporte de linfadenitis aguda y crónica granulomatosa no caseificante y tinción de Ziehl-Neelsen positiva. Ante la sospecha de tuberculosis diseminada se inició tratamiento con isoniazida, pirazinamida, etambutol y rifampicina (HRZE), sin mejoría posterior a la fase intensiva, ante lo cual se realizó segundo mielocultivo que reporta M. avium-intracellulare. El paciente recibió tratamiento combinado con HRZE y Claritromicina, con mejoría de las manifestaciones clínicas y recuperación del peso inicial. **Conclusiones.** En pacientes con fiebre de origen desconocido asociada a VIH el diagnóstico diferencial es amplio, requiriéndose individualización del abordaje diagnóstico para distinguir patologías que comparten hallazgos clínicos y paraclínicos con el fin de ofrecer un tratamiento correcto y oportuno para mejorar desenlaces.

Palabras clave: fiebre de origen desconocido, VIH, complejo *M. avium-intracellulare*, pancitopenia, pérdida de peso, micobacteriosis diseminada.

0194 Síndrome de reconstitución inmune y neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

Enríquez Kevin Giuseppe, Teran José Oscar, Alba Dulce Leonor, Paz Alan, Ángeles Abish, García Mario Ramón, Sánchez Eduardo
Hospital Central Norte de Pemex

Introducción. El síndrome de reconstitución inmune (SIRI) es un fenómeno inflamatorio a consecuencia de una activación exagerada del sistema inmune secundario al inicio del tratamiento antiretroviral. Los agentes causales son *Mycobacterium tuberculosis*, *M. avium* complex, herpes virus, *Criptococcus neoformans*, virus de la hepatitis B, citomegalovirus, virus JC y, con menor frecuencia *Pneumocystis jirovecii*. **Caso clínico.** Masculino de 40 años, con reciente diagnóstico de infección por VIH, se inicia tratamiento con efavirenz/emtricitabina/tenofovir 600MG/200 MG/300MG cada 24 horas, tres semanas después presenta dolor torácico tipo pleurítico, punzante,

progresivo, asociado a tos seca disneizante, y fiebre. Se realiza TAC-AR que muestra patrón de neumonía intersticial no específica, se programa broncoscopia y se envía líquido a patología reportando presencia de *P. jirovecii* iniciándose tratamiento con trimetropim/sulfametozaxol a 20 mg/kg/día y prednisona 50mg cada 24 horas, con adecuada respuesta. **Conclusiones.** El SIRI secundario a PCP es una entidad poco frecuente, que se presenta solamente en el 3% de los pacientes con SIDA que inician el tratamiento antiretorviral, su aparición es entre la 2ª y 4ª semana, su mortalidad oscila entre el 4.5% sin tratamiento. Posterior a la remisión del cuadro, la profilaxis secundaria frente a PCP se debe mantener hasta que el recuento de CD4 sea >200 células/mm3. **Palabras clave:** SIDA, neumonía por PCP, SIRI.

0196 Manifestación atípica de viremia por dengue; como síndrome de choque por dengue

Enríquez Kevin1, Adriana Glenda2, Matamoros Adriana Paula2, Ramírez Leticia2, Cruz Matha2, Guzmán Perla Marlene1, Ramírez Rodolfo 2
1.Hospital Central Norte de Pemex; 2.Hospital Regional de Pemex Poza Rica

Introducción. El dengue es una enfermedad transmitida por vector la cual tiene una alta prevalencia en México, con baja mortalidad, aunque esta última puede estar asociada al síndrome de choque por dengue y/o trastornos hemorrágicos. El choque por dengue se define como un síndrome con presencia de fiebre, aumento de la permeabilidad vascular, hemorragia, hepatomegalia, insuficiencia circulatoria, trombocitopenia y hemoconcentración secundarias a infección de cualquiera de los cuatro serotipos de dengue que existen, con una mortalidad es de hasta el 50%. **Caso clinico.** Paciente femenino de 83 años de edad, con antecedentes de DM2 sin tratamiento, ingresa por presencia de hipotensión y edema en extremidades inferiores. Cuarenta y ocho horas previas a su ingreso inició con un cuadro de: astenia, adinamia, fiebre, mialgias, dolor retro-ocular y mal estado general. La biometría hemática mostró: hemoglobina 17.3 g/dL, HTC 51%, plaquetas 41,000/mm y leucocitos de 3.200/mm3, alteración de las pruebas de funcionamiento hepático con TGO 548, TGP 349, DHL 753, BT 3.6, BD 3.4, BI 0.2. Se envió una muestra de sangre al laboratorio estatal para que se realizaran las pruebas serológicas para dengue. Se inició reanimación hídrica por presentar tensión arterial de 70/40 mm/Hg, uso de aminas vasoactivas, se decide ingreso a la unidad de cuidados intensivos en dónde se apoya con ventilación mecánica asistida por presentar acidosis metabólica con anión GAP ensañando e hipoxemia, 12 horas después persiste choque refractario y paciente fallece. **Conclusiones.** Se trata de un paciente femenino que presenta una fiebre viral por dengue, comprobado por el laboratorio estatal, presenta choque refractario a tratamiento con datos de afección multiorganica, aunque llama la atención el fallo hepático que presento, solamente se este solo se observa en infecciones por el serotipo dengue 3 o dengue 4. **Palabras clave:** choque por dengue, dengue, fiebre viral.

0220 Fiebre recurrente secundaria a infección por borrelia en un adulto del área urbana de la ciudad de México, reporte de caso

Aquino José Miguel, Colli Mariana Berenice, Cruz Rodrigo Zenón, González Israel Abraham, Tapía Marcela, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La fiebre recurrente transmitida por garrapatas es una enfermedad zoonótica producida por espiroquetas del género Borrelia. Es una enfermedad infra diagnosticada en nuestro medio debido al bajo índice de sospecha y a la dificultad en su diagnóstico. Se caracteriza por episodios recurrentes de fiebre elevada asociados a la espiroquetemia que se alternan con periodos de apirexia. **Objetivo.** El objetivo del estudio es presentar nues-

tra experiencia en el manejo diagnóstico de un paciente con fiebre recurrente. **Exposición del caso.** Hombre de 26 años originario y residente de la Ciudad de México, vendedor de alimentos. Refiere multiples toxicomanias, antecedente de internamiento en centro de rehabilitación, en donde tuvo convivencia con fauna nociva. Inicia con epigastralgia acompañado de vomito 24 hrs posteriores inicia con fiebre vespertina de hasta 38.8C precedida de escalofrío y artralgias de carpos. Diez días posteriores presenta evacuaciones disminuidas de consistencia no moco no sangre con dolor abdominal generalizado. Por lo cual recibió tratamiento antibiótico no especificado sin mejoría. Se palpan adenomegalias cervicales y supraclaviculares, abdomen con hepatoesplenomegalia, sin lesiones dérmicas. Se realiza USG de hígado doppler en donde se observa trombosis portal izquierda con importante circulación colateral además de zonas hipoecogenicas en hígado sugestivas de isquemia. Se realizan pruebas serológicas para VIH VHB y VHC no reactivas. Por la exposición laboral a productos crudos de origen animal y antecedente de hacinamiento se solicitan reacciones febriles en donde se reporta Brucella 1:160, Proteus OX 19 1:320 rosa de bengala positivo, médula ósea que reporta títulos para Brucella 1:160 Debido a la baja especificidad de la prueba de rosa de bengala se envía muestras de sangre para realizar PCR en búsqueda de Borrelia Anaplasma y Erlichia reportándose positivas para Borrelia por lo que se inicia tratamiento con Doxiciclina 100mg VO cada 12 hrs con lo que presenta mejoría de episodios febriles además de mejoría del estado general. **Conclusiones.** La infección por especies de borrelia es poco frecuente en zonas no endémicas, el reconocimiento del patrón de la fiebre asociado a sintomas generales, linfadenopatía, neumonía y esplenomegalia es característico. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y en un resultado serológico IgG positivo, mediante un abordaje de doble análisis, de inmunoabsorción ligada a enzimas y de Western blot. El antecednete epidemiológico, los hallazgos clínicos y las pruebas específicas de laboratorio conducirán al diagnóstico confirmatorio. La coinfeccion con especies de ricketsias como el anaplasma se ha reportado, hasta en el 10% de los casos, debido a que son transmitidas por el mismo vector. **Palabras clave:** fiebre recurrente, epidemiología, zoonosis, vector de transmisión, *Borrelia* , serología.

0237 Código mucor: un nuevo algoritmo diagnóstico-terapéutico en mucormicosis invasiva

Chávez Diana América, Loza Suria Elizabeth, Campos Maria Guadalupe

UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda

Introducción. La mucormicosis es causada por hongos saprófitos del orden "Zygomycetes". En su forma invasiva tiene un curso tórrido y es mortal. En los últimos años ha incrementado debido al aumento en la incidencia de DM y cáncer. A pesar del desarrollo de nuevos antifúngicos, la mortalidad permanece elevada debido al retraso en la confirmación diagnóstica y tratamiento temprano. Debido a la variabilidad del cuadro clínico, el diagnóstico temprano se realiza sólo en el 8% de los casos. **Objetivos.** Establecer un algoritmo diagnóstico-terapéutico para el abordaje de un caso sospechoso de infección por mucormicosis. **Métodos.** Realizamos una revisión de la literatura mexicana para identificar "factores de riesgo", "presentaciones clínicas", "diagnóstico por imagen", "estudios de microbiología", "criterios quirúrgicos" y "tratamiento sugerido" y así realizar un algoritmo para el abordaje. **Conclusiones.** Por ser una enfermedad de baja prevalencia, solo hay registros de series de casos, sin embargo, se ha visto que los pacientes en los que se implementaron medidas tempranas (resección quirúrgica agresiva e inicio de antifúngico sistémico) tienen mejor pronóstico y supervivencia; de ahí la importancia de establecer

un diagnóstico temprano para ofrecer un tratamiento médico-quirúrgico multidisciplinario oportuno. El CMN SXXI HE es el centro de referencia más grande a nivel nacional de mucormicosis, registrándose hasta Diciembre del 2013 un total de 82 casos con confirmación micológica.

Palabras clave: mucormicosis, zygomicosis, invasiva, algoritmo, diagnóstico, tratamiento.

0244 Hematomas bilaterales del psoas en un paciente con síndrome de Weil

Chávez Diana América, Torres Laura Victoria, Ramírez de Aguilar Jimena
UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda

Introducción. La leptospirosis es una infección zoonótica, causada por espiroquetas del género *Leptospira*. El cuadro clínico varía desde formas leves hasta el síndrome de Weil. Se transmite por agua contaminada, rara vez directamente por contacto con animales. Las espiroquetas entran en el cuerpo a través de la piel dañada o las membranas mucosas. **Objetivo.** Exponer un caso de Síndrome de Weil que cursó con alteraciones hematológicas importantes que condicionaron hematomas del psoas espontáneos bilaterales. **Reporte de caso.** Hombre de 63 años, antecedente de DM sin complicaciones. Inició su padecimiento a finales de octubre, iniciándose abordaje por presentar ataque al estado general e ictericia con patrón colestásico. Por sospecha de colangitis se inició antibiótico empírico, sin embargo se completó abordaje diagnóstico encontrando que la colestasis era de tipo intracelular. Se descartaron otras las causas posibles. Se identificó antecedente de convivencia con mascota infectada. Se cambió el antibiótico, dirigido a leptospirosis y se tomaron muestras para confirmación serológica. El paciente desarrolló falla renal por pigmentos, así como diátesis hemorrágica manifiesta en la aparición de hematomas bilaterales del psoas. El paciente se sometió a hemodiálisis sin embargo tuvo evolución tórpida y después de un mes de estancia falleció. **Conclusión.** La leptospirosis es una enfermedad de alta sospecha diagnóstica debido a las manifestaciones tan variadas.

Palabras clave: leptospirosis, leptospira, sindrome Weil, hematomas psoas, falla renal, colestasis.

0262 Aspergiloma pulmonar, experiencia en el Hospital General de México

Hernández Alejandro
Hospital General de México

Introducción. Se desconoce la incidencia en el mundo de las micosis pulmonares. Han tenido un incremento notable, el aspergiloma representa la forma más común, como resultado de la colonización del Aspergillus en una cavidad, quiste o bula, la mayoría secundaria a tuberculosis. Tiene un curso benigno, puede debutar con hemoptisis que de ser masiva compromete la vida. **Objetivo.** Determinar la frecuencia y factores de riesgo para el desarrollo de aspergiloma y sus características clínicas. Metodología. Estudio retrospectivo, observacional, con pacientes con el diagnóstico de aspergiloma pulmonar del Hospital General de México del 2010-2015. **Resultados.** Se identificaron 7 pacientes con diagnóstico de aspergiloma pulmonar, 6 del sexo masculino (85%), 1 femenino (15%), edad promedio de 42 +/-12, dentro de los factores de riesgo fueron cavidades por tuberculosis en 3 casos (42%), bronquiectasias 1 caso (15%) y nódulo pulmonar solitario 1 caso (15%). La manifestación principal fue hemoptisis en 4 pacientes (57% el diagnóstico se hizo con los hallazgos tomográficos y biopsia en 4 pacientes (57%), cultivo en 2 pacientes (28%), detección de antígenos (galactomanano) sérico y en lavado bronquial en 1 paciente (15%), 1 paciente falleció (15%). **Conclusión.** Las cavidades por tuberculosis son el antecedente principal para desarrollar aspergiloma. La instauración de un tratamiento oportuno y eficaz es importante.

Palabras clave: aspergiloma, tuberculosis, factor de riesgo.

0291 Reporte epidemiológico del diagnóstico de sepsis basado en los criterios qSOFA-SEPSIS 3 en el servicio de medicina interna del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos de agosto 2016-enero 2017

Martínez Néstor1, Terán José Oscar1, Fernández Nadia del Carmen1, Blancas Luis Ángel1, Mondragón Hector1, Nuño Natalia2, López Guillermo Nahúm2
1.Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos; 2.Unidad de Investigación Traslacional, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción. La sepsis es un síndrome heterogéneo causado por una respuesta desregulada del organismo ante un insulto infeccioso. La prevalencia e incidencia no es fácil de reportar debido a las múltiples definiciones diagnósticas publicadas en los últimos años que dificultan la homogenización de los consensos internacionales, aunque sin duda su carga para los servicios de salud a nivel mundial es indiscutible. **Objetivo.** Analizar las características epidemiológicas de sepsis en el servicio de Medicina Interna del HCN de PEMEX durante el periodo de agosto 2017-enero 2017. **Material y métodos.** Se analizaron las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados que cumplieron el diagnóstico de sepsis según los criterios del consenso de sepsis-3. **Resultados.** De 1065 pacientes ingresados al servicio de medicina interna del HCN de PEMEX, 50 de ellos cumplieron con los criterios de qSOFA para el diagnostico de sepsis, dando una prevalencia de 4.69 por cada 100 ingresos. **Conclusiones.** En nuestro país no contamos con datos epidemiológicos actuales sobre sepsis. Se deben continuar estudios multi-céntricos para lograr una descripción epidemiológica adecuada que nos lleve a un mejor entendimiento del mismo y determinar la utilidad de los nuevos criterios en nuestra población.

Palabras clave: sepsis, epidemiología, incidencia.

0301 Influenza H1N1 y trombosis venosa cerebral: reporte de un caso

Macías Hilda Elizabeth, Castro Luis Alberto
Hospital General de León

Introducción. Se ha descrito que la infección por virus de la influenza estacional puede promover eventos trombóticos venosos y arteriales, incluyendo síndromes coronarios agudos y eventos vasculares cerebrales. La infección viral puede activar la cascada de la coagulación e incrementar en 4-5 veces la expresión de factor tisular y se ha encontrado, que la infección por virus de la influenza puede resultar en generación de trombina, depósito de fibrina e incremento en la liberación del factor de Von-Willebrand. **Objetivo.** Describir la presentación de un caso clínico de trombosis venosa cerebral asociada a infección por Influenza H1N1. **Exposición del caso.** Masculino de 44 años de edad, sin enfermedades crónico degenerativas quien ingresó por cuadro de insuficiencia respiratoria tipo 1 secundaria a la presencia de síndrome de diestrés respiratorio del adulto severo por PO2 20.4 mmHg, SatO2 41%, índice de oxigenación 20, ingresando a la unidad de cuidados intensivos, en donde por el cuadro se tomó muestra de PCR en aspirado bronquial resultando positiva a Influenza H1N1, requiriendo ventilación en modalidad no convencional APRV. Se otorgó manejo con Oseltamivir 150 mg cada 12 horas y tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular. A los 7 días de ingreso presentó mejoría clínica y gasométrica, iniciando destete ventilatorio con suspensión de sedoanalgesia, cursando sólo con apertura ocular espontánea y postura de descerebración. Se evidenció presencia de trombosis de seno transverso en tomografía de cráneo, diagnóstico confirmado por resonancia magnética, iniciando estudio para trombosis en paciente joven. Se solicitó marcadores de inmunidad como anti cuerpos anti nucleares, anti DNA, anti cardiolipinas, anti coagulante lúpico y B2 microglobulina, solicitando proteína S y C sin evidenciar alteraciones, siendo catalogado

como una complicación asociada a infección por Influenza H1N1 e iniciando manejo con anticoagulación. Se realizó traqueostomia y gastrostomía y se egresó a piso, en donde cursó sin complicaciones asociadas, siendo egresado. La evolución del paciente ha sido favorable, presentando habla parcial y fuerza muscular 3/5 en escala de Daniels de manera simétrica a las 4 semanas posteriores al egreso. **Conclusiones.** La infección por Influenza H1N1 raramente puede complicar otros órganos, pero el evento vascular isquémico ha sido reportado muy raramente, tanto que hasta el 2012 se tenían solo dos reportes de casos en Norte América. En nuestro paciente no inmunizado, la infección severa por H1N1 pudo haber desencadenado una actividad pro coagulante, incrementar la agregación plaquetaria y una tormenta de IL-6, los cuales incrementan la trombogenicidad pudiendo originar eventos cerebrales isquémicos. Al descartarse causas secundarias de trombosis en el paciente, solo pudimos extrapolar los posibles factores de riesgo asociados a la influenza, pero se necesitan mayores reportes de caso para establecer con firmeza la relación causal.

Palabras clave: influenza H1N1, trombosis venosa, neumonía.

0308 Taponamiento cardiaco por lupus eritematoso sistémico asociado a infección por citomegalovirus

Pérez Luis Alberto, Rodríguez Juan Carlos, Medina Isai, Reyes Alan Ledif, Wah Martín Iván, Téllez Carlos Alberto
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Hombre de 25 años, hospitalizado por agudización de sintomatología de 3 meses de evolución caracterizada por astenia, adinamia, mialgias, artralgias, pérdida de peso y fiebre (valorado previamente por diagnostico presuntivo de faringoamigdalitis). En la valoración inicial se documentó taquicardia, polipnea y fiebre. Se solicitaron de manera inicial: biometría hemática (hemoglobina 13.1 g/dL, leucocitos 10.7 K/uL, plaquetas 120 K/UI), anticuerpos-heterófilos, ELISA-VIH negativos. Tomografía contrastada toracoabdominal: derrame pleural, pericárdico, adenopatías mediastinales e inguinales reactivas. USG hepatobiliar: hepatomegalia. Presentó una evolución tórpida agregándose disnea, hipotensión, plétora yugular, pulso paradójico (ECOTT tamponade cardiaco), realizándose ventana pericárdica: líquido turbio (leucocitos 1610/mm3, 100 PMN, eritrocitos abundantes, tinción Gram negativa, GeneXpert-MTB/RIF negativo) y macroscópicamente engrosado. Antígeno pp65 positivo, se inició ganciclovir 5 mg/kg/dosis BID. En hospitalización, el paciente desarrolló gonalgia bilateral y linfopenia progresiva, por lo que se solicitaron Anticuerpos-Antinucleares, detectándose 1:1280 (patrón homogéneo), y Anticuerpos Anti-DNAds >1:5120. Además, se obtuvo resultado positivo de Anticuerpos anti-CMV positivos (IgG e IgM) cualitativos, y PCR-RT CMV no detectada (LightCycler 2.0). El reporte histopatológico fue de pericarditis subaguda con inmunohistoquíca positiva para CMV.

Palabras clave: fiebre origen desconocido, lupus eritematoso sistémico, citomegalovirus, taponamiento cardiaco.

0313 Tuberculosis (TB) ganglionar y esplénica como manifestación inicial en un paciente con diagnóstico reciente de VIH

Ramírez Alberto, Montiel Luis
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. A pesar de la mejora médica en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, esta sigue siendo un importante problema de salud en países en desarrollo. Durante las últimas décadas, hubo un recrudecimiento en la tasa de TB en los países desarrollados que coincidió con el inicio de la epidemia del SIDA. La TB esplénica es una condición rara y un reto diagnostico porque no presenta manifestaciones específicas y la confirmación microbiológica no es directa. la

tasa de tuberculosis esplénica fue reportada como 8%, mientras que en la literatura como manifestación inicial de VIH es inusual. **Objetivo.** Reportar un caso de TB ganglionar y esplénica como manifestación inicial en un paciente con diagnóstico reciente de VIH. **Presentación del caso.** Hombre de 31 años, pérdida de peso de 8 kg en un mes, salmonelosis un mes previo, Vida sexual activa desde los 22 años de edad, 4 parejas sexuales, inicia 2 semanas previo a su ingreso con dolor en hemitorax derecho, acompañado de tos productiva verdosa–hialina, fiebre de 39 grados, diaforesis vespertina, se agrega disnea de inicio súbito de medianos esfuerzos que evoluciono a la ortopnea, se toma TL de Tórax con derrame pleural derecho de 40%, TC de Tórax y Abdomen, reportándose derrame pleural derecho, el bazo mostró densidad heterogénea y dimensiones aumentadas, en fase contrastada se observan múltiples lesiones focales redondas con reforzamiento perilesional y adenomegalias periaorticas. La toracocentesis evacuó 1500ml de líquido hemático, citológico de líquido pleural negativo a neoplasia, proteínas 5gr, glucosa 74mg, LDH 711 U/L, Analítica Sanguínea: Glucosa 87mg/dl, BUN 9.30mg/dl, urea 19mg/dl, creatinina 0.6mg/dl, sodio 136mEq/L, potasio 4.3 mEq/L, cloro 103mEq/L, BT 0.26mg/dl, BD 0.13mg/dl, BI 0.13mg/dl, AST 34U/L, ALT 54U/L, Fosfatasa alcalina 296 U/L, DHL 398 U/L, proteínas totales 6gr/dl, albumina 3.1 mg/dl, Hemoglobina 9.7g/dl, hematocrito 29.5%, leucocitos 3,600/mm3, plaquetas 431,000/mm3, relación LDH Pleura/Suero: 1.7, relación Proteínas pleura/Suero: 0.8, compatible con exudado, se realiza serología para VIH positiva, AgHBs negativo, HCV negativo, se solicita prueba confirmatoria con Western Blot con resultado positivo para Ac Anti GP 160, 120, P68, P55, GP41, P34, P25, P18, se realiza biopsia excisional de ganglio linfático supraclavicular derecho, reportándose una linfadenitis crónica granulomatosa con necrosis caseosa, iniciándose tratamiento antifimico a base de DOTBAL (Rifampicina 150mg, isoniazida 75mg, pirazinamida 400mg, etambutol 300mg). Dos días después la fiebre y la diaforesis desaparecieron, y la tos disminuyó considerablemente. **Conclusiones.** Es probable que una TB esplénica sea mal diagnosticada como carcinoma de bazo, absceso esplénico, linfolinfoma, fiebre reumática u otros. La tasa de diagnóstico erróneo es alta si no hay antecedentes de TB en otros órganos, Además presentan buena respuesta a tratamiento antifimico como en este caso.

Palabras clave: VIH, tuberculosis esplénica, tuberculosis ganglionar.

0332 Blastomicosis abdominal

Paz Salyme, Moreno Miguel Eduardo Manuel, Corral Darío
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La blastomicosis es una de las 3 principales micosis por hongos dimórficos. Suele presentarse como una enfermedad aguda o crónica que afecta más comúnmente los pulmones y piel. Aunque puede presentarse en pacientes con inmunosupresión, la presentación como peritonitis crónica es excepcional. **Objetivo.** Ampliar el conocimiento sobre la afectación orgánica, clínica y tratamiento de la infección por Blastomyces dermatitidis. **Exposición del caso.** Masculino de 28 años, residente de Veracruz, con enfermedad renal crónica por agenesia renal unilateral. Trasplantado de donador vivo relacionado en 2006 con pérdida de la función del injerto por rechazo humoral. En diálisis peritoneal continua ambulatoria desde el 2014 y portador crónico de injerto renal no funcional sin tratamiento esteroideo de sostén. Presentó durante cinco meses, cuadros de peritonitis refractarios a tratamiento convencional con cultivos de líquido peritoneal sin desarrollo. Fue preciso cambió de modalidad a hemodiálisis. Se realizó tomografía abdominal que evidenció múltiples colecciones intraabdominales consideradas por el servicio de Cirugía, no meritorias de mane-

jo quirúrgico. A los dos meses presentó bacteriemia asociada a catéter por Acinetobacter baumannii que motivó tratamiento antibiótico y cambio de sitio de inserción de catéter. Se descartó endocarditis. A los dos meses presentó fiebre y se sospechó recaída con respuesta parcial al tratamiento antibiótico de candado. La tomografía mostró dos colecciones intraabdominales, las cuales se aspiraron con guía por ultrasonido obteniendo material blanquecino caseoso. El cultivo no tuvo desarrollo de bacterias. Se inició terapia antituberculosa estándar dado el aspecto de la muestra. Presentó mejoría pero tras completar la fase intensiva presentó fiebre y dolor abdominal. Se comprobó neoformación de las colecciones y se sometió a laparotomía con drenaje y lavado de cavidad. El cultivo, citología e histopatología mostraron ausencia de bacterias, sin desarrollo de micobacterias ni hongos y visualización (en el examen directo y la tinción con hematoxilina y eosina) de blastoconidios morfológicamente compatibles con especies de Blastomyces. Se inició tratamiento con Anfotericina B desoxicolato 50 mg/día por 14 días y se egresó con Itraconazol oral por un año. Finalizó tratamiento y actualmente se encuentra asintomático en hemodiálisis por fístula arterio-venosa. **Conclusiones.** La blastomicosis en este paciente que aparentemente no tuvo contacto con el ambiente propicio, se presenta como una peritonitis crónica que respondió parcialmente a tratamiento antifímico por la actividad antimicótica de la Rifampicina. A pesar de que se trataba de un paciente en tratamiento previo inmunosupresor, su cronicidad pone en duda si ésta fue realmente un factor predisponente. Finalmente el diagnóstico definitivo deberá corresponder a la integración de los estudios diagnósticos complementarios y la respuesta clínica.

Palabras clave: blastomicosis, peritonitis refractaria, enfermedad renal crónica.

0334 Pericarditis tuberculosa en paciente de 26 años, reporte de un caso de una entidad infrecuente de una enfermedad frecuente

Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Martínez Sergio, Infante Héctor, Esquivel Cesar Manuel, Monera Fernando
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Introducción. La tuberculosis es un grave problema de salud pública.A nivel mundial es la principal causa de muerte de enfermedades infecciosas,con8,000,000de casos nuevos y2,900,000muertes anuales.En México,se reportó una tasa de mortalidad de3.9por100,000habitantes. La afección del pericardio es poco frecuente,y difícil de diagnosticar,representa el 4% de las pericarditis agudas,el7%de los casos de taponamiento cardíaco y el6%de los casos de pericarditis constrictiva. **Descripcion del caso.** Masculino de26años, con el antecedente de ERC en tratamiento con hemodiálisis. Acude a esta unidad por cuadro de 6 meses con tos, disnea, ortopnea, diaforesis, fiebre, dolor torácico difuso y perdida de12kg. A la exploración física: Hipotenso, cianótico con dificultad respiratoria, taquipneico, ruidos cardiacos velados, EKG con ritmo sinusal y morfología de QRS pequeños, Rx de tórax con imagen en garrafa. Se realiza pericardiocentesis con reporte de patología; Liquido de Pericardio purulento, abundantes polimorfonucleares, con fondo hemorrágico y abundantes bacilos. Tincion de Ziehl Neelsen y cultivo; positivo, Glucosa de 20gr/dl, ADA > 80UI. El paciente evoluciona de manera tórpida requiriendo intubacion orotraqueal con posterior paro cardiorrespiratorio. **Comentario.** El diagnóstico de la pericarditis tuberculosa debe sospecharse en todo paciente con derrame pericárdico e inmunocomprometido. El diagnóstico oportuno y tratamiento antifímicos suelen tener una mejoría clínica y resolución de la enfermedad.

Palabras clave: tuberculosis, pericardica, joven, infectologia.

0343 Relación entre *Candida* score y el resultado de hemo-

cultivos para *Candida* spp en pacientes adultos del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca

Iñiguez Omar
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca

Introducción y/o antecedentes. La candidiasis invasiva engloba candidemia y candidiasis de tejidos profundos. Las infecciones por *Candida* spp. son cada vez más frecuentes en el medio hospitalario, en especial en pacientes críticos y asocian morbilidad y mortalidad significativa. Algunos estudios han demostrado que el tratamiento antifúngico temprano incrementa la probabilidad de sobrevida. El Candida score (CS) ayuda a identificar pacientes críticos no neutropénicos con sospecha de candidemia, que se beneficiarían de un tratamiento temprano. Asigna un puntaje a 4 factores de riesgo (cirugía al ingreso = 1, nutrición parenteral central = 1, sepsis grave/choque séptico = 2, colonización multifocal por Candida = 1 > 3 se considera positivo (sensibilidad 81%, especificidad 74%). **Objetivo.** Determinar la relación entre Candida Score y el resultado de hemocultivos para Candida spp en pacientes adultos del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. **Material y metodos.** Estudio observacional, transversal-analítico, prospectivo, con análisis de pacientes >18 años, ambos sexos, previa firma de consentimiento informado, críticamente enfermos y con sospecha de candidemia (≥2 factores de riesgo) del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Total 70 pacientes (35 con CS ≥3 puntos y 35 con CS <3 puntos). Se excluyeron neutropénicos y aquellos con uso de antifúngico en los últimos 30 días. A todos se les tomó hemocultivo en búsqueda de Candida spp, después se calculó su CS, puntaje SOFA y SAPS, tratamiento recibido y demás factores de riesgo para candidemia. Con el resultado del cultivo, se calculó incidencia de cultivos positivos para Candida spp, especies aisladas y frecuencia de candidemia según el puntaje del CS; además el OR para candidemia con CS 3, así como la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de estos dos puntajes de CS para predecir candidemia. **Resultados.** 70 pacientes analizados, 42 hombres (60%) 28 mujeres (40%), edad promedio 56 años, 15 hemocultivos positivos para *Candida* spp. (*C. albicans* 3, *C. glabrata* 5, *C. tropicalis* 4, *C. papapsilosis* 2, *C. famata* 1). Factores de riesgo para candidemia/hemocultivo positivo NPC y cirugía mayor, CS >3, estancia hospitalaria y antibioticoterapia prolongada. La sensibilidad del CS para desarrollar candidemia fue 80% y la especificidad de 61%, el VPN de 91% y el VPP de 36%. **Conclusiones.** Es fundamental contar con herramientas que permitan predecir tempranamente la candidemia para tratar oportunamente al paciente, mejorar su pronóstico y reducir la tasa de mortalidad. En este contexto, el CS tiene potencial utilidad para predecir positividad o negatividad de hemocultivos para Cándida, pudiéndose utilizar de forma rutinaria en el hospital para la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con sospecha de Candidemia. Eventualmente, esto podría mejorar el pronóstico del paciente, reducir la estancia hospitalaria y la mortalidad.

Palabras clave: candidemia, *Candida* score, hemocultivo, paciente critico, *Candida*, especies.

0351 Meningitis bacteriana. Presentación atípica. Reporte de un caso

Ángeles Abish, Alba Dulce Leonor, Hernández Roberto, Enríquez Kevin Giuseppe, Mondragón Héctor, Gómez Ana Laura, Guzmán Perla Marlene
Hospital Central Norte de Pemex

Introducción. La meningitis se define como un proceso inflamatorio agudo del sistema nervioso central causado por microorganismos que afectan las leptomeninges, con un número anormal de leucocitos en el liquido cefalorraquídeo. Puede ser adquirida en la comunidad o nosocomial. Los agentes etiológicos en menin-

gitis bacteriana adquirida en la comunidad son streptococcus pneumoniae, neisseria meningitidis, y entre 50 y 60 años o con inmunodeficiencias, listeria monocytogenes. Generalmente los síntomas inician un dia previo a hospitalización, la triada clásica es fiebre, rigidez de nuca y alteración del estado de alerta. La mayoría de los pacientes presentan sólo uno de estos 3 síntomas y entre otros síntomas de importancia se encuentra la cefalea severa. Los pacientes con meningitis por listeria tienen aumento de riesgo de convulsiones y déficits neurológicos focales al inicio de la infección. Se debe tomar laboratorios, cultivos, hemocultivo, punción lumbar para muestra de líquido cefalorraquídeo (previo toma de TC cráneo si lo requiere), tinción de gram, e iniciar manejo de manera empírica y posteriormente guiado por antibiograma. **Objetivo.** Identificar presentaciones atípicas de neuroinfecciones para hacer diagnostico diferencial. **Caso.** Masculino de 86 años con índice tabáquico de 40 paquetes/año, sin otro antecedente de importancia, que inicia con pérdida del estado de alerta de manera súbita, disartria, lateropulsión de la marcha a la derecha, movimientos anormales referido como temblor distal. A la exploración orientado en persona, no mantiene atención, pupilas reactivas, movimientos oculares sin alteración, no nistagmus, reflejo nauseoso presente, cardiopulmonar sin compromiso, fuerza 5/5 en 4 extremidades, Babinski y sucedáneos negativos, signos meníngeos negativos. Temblor distal en extremidades superiores presente en reposo que aumenta a la intención. Laboratorios con leucocitosis (15.3) a expensas de neutrofilia e hiponatremia leve. Tomografía de cráneo simple con reporte de atrofia cortico subcortical. Valoración por neurología con electroencefalograma quien refiere descartar encefalopatía metabólica. Punción lumbar con leucocitos 225, proteínas totales 209, glucosa 5.5 (central 135 mg/dl), 60% polimorfonucleares. Se inicia esquema antimicrobiano empírico. Posteriormente se obtiene cultivo y hemocultivo positivo para listeria monocytogenes, continuando manejo guiado por antibiograma y vigilancia neurológica. **Conclusiones.** Se trata de masculino de edad avanzada, sin factores de riesgo excepto edad que ingresa con datos de focalización y leucocitosis, con progresión de deterioro del estado de alerta, con estudio de imagen para descartar evento vascular isquémico. Por persistir con alteración del estado de alerta se indicó punción lumbar, donde se realiza diagnostico de neuroinfección dando manejo empírico, con posterior ajuste en base a cultivo y se continua vigilancia para valorar respuesta al manejo.

Palabras clave: meningitis bacteriana, liquido cefalorraquideo, *Listeria monocytogenes*.

0355 Resistencia bacteriana un problema latente

Terán José Oscar, Lagunas Maricarmen, Martínez Néstor, López Rogelio, Paz Alan, Vázquez Sheila Patricia, Torres Rosa Nelly
Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción. La resistencia bacteriana a los antibióticos es un problema de salud mundial que se encuentra en constante evolución. La presencia de resistencia en una bacteria causante de infección disminuye las posibilidades de obtener la curación clínica y la erradicación bacteriológica e incrementa los costos de tratamiento, la morbilidad y mortalidad, por lo que es importante seleccionar un tratamiento empírico adecuado. **Objetivo.** Evitar el uso indiscriminado de carbapenémicos, glicopéptidos y oxazolidinonas con el fin de evitar la resistencia en pacientes hospitalizados en el Hospital Central Norte De Petróleos Mexicanos. **Material y método.** En el año 2014 a 2017 se inició un estudio prospectivo, longitudinal, de intervención y analítico donde se estableció un plan de uso de antimicrobianos, clasificándolos para su prescripción en 3 categorías. La intervención se estableció en la barrera durante la prescripción donde se tenían ciertos lineamientos. Los resultados se

midieron en base al análisis de patrones y tendencias para lograr comparar la sensibilidad de urocultivos, hemocultivos y cultivos de expectoración entre los años 2014 y 2017. **Resultados.** Urocultivos: Con un total de 218 cultivos. *E. coli* se mantuvo como el germen más frecuente, permaneciendo la sensibilidad para carbapenémicos en 100%. La amikacina mostró un incremento en la sensibilidad de 89 a 100%. Como era esperado se encontró una disminución de la sensibilidad a las cefalosporinas. Cultivos de expectoración: Con un total de 90 cultivos, se encontró un incremento (excepto en imipenem) en los patrones de sensibilidad de carbapenémicos contra *E. coli*. Hemocultivos: Con un total de 90 hemocultivos, se mantuvo la sensibilidad para *E. coli* y se encontró disminución en la sensibilidad para *P. aeruginosa*. vancomicina y linezolid mantuvieron el patrón de sensibilidad. **Conclusiones.** Se lograron mantener patrones de sensibilidad en niveles óptimos para los fármacos objetivos del programa. Se encontró un aumento a la resistencia de las cefalosporinas de tercera generación tal como se describe en la literatura, ello nos orienta a continuar con un programa donde se alternen los diferentes esquemas antimicrobianos. Se considera que la estrategia mostró buenos resultados, sin embargo esta debe ser dinámica, Sin abusar de la restricción. Se deben establecer políticas de restricción de antimicrobianos basados en los patrones locales de susceptibilidad antimicrobiana, limitando el uso de aquellos que potencialmente puedan inducir resistencia asociada. Después de conocer los patrones de sensibilidad de determinada unidad, se deberán establecer lineamientos para la prescripción que tengan seguimiento de observancia (adherencia) y capacidad de retroalimentación. Este tipo de estudios son de relevancia institucional y para el resto de unidades hospitalarias del sistema y del país.

Palabras clave: resistencia, antimicrobianos, sensibilidad, restriccion.

0357 Abordaje de hipercalcemia en paciente con VIH

Pérez Luis Alberto, González Camilo Daniel, Martínez Alberto, Marmolejo Manuel Alejandro, Téllez Carlos Alberto
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

Masculino 51 años con antecedente de tabaquismo y alcoholismo, inició 1 mes previo al ingreso con saciedad precoz,pérdida de peso (13kg), disfagia progresiva,vómito postprandial,debilidad,cefalea y disfonía. En valoración inicial se identificó fiebre persistente, confusión, diarrea, emaciación. Laboratorio con hipercalcemia(13), refractario a manejo con hidratación (4-6litros/día), radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral con fibrosis y derrame pleural derecho con toracocentésis y biopsia pleural que evidnció tuberculosis pleural. TAC cráneo: Hipofisitis. Se realizó prueba VIH rápida(positiva),punción lumbar (hipoglucorraquia, hiperproteinorraquia, 38células). Inició DOTBAL y dexametasona (sospecha tuberculosis meníngea) y con el uso de corticoesteroides resolvió hipercalcemia a valores normales (9). Se documentó PTH 10 (15-65), calcitriol bajo, 1-25 dihidroxicolecalciferol normal, testosterona y FSH baja, LH y estradiol normal,cortisol 16 (4-19), prolactina (42), TSH (1.24) y T4L (0.85). Resonancia magnética cerebro simple y contrastada con cortes en hipófisis, demostró infundibulitis. Se manifestó poliuria, sequedad mucosas,debilidad,crisis convulsivas y osmolaridad urinaria baja. Se inició desmopresina con mejoría clínica.

Palabras clave: hipercalcemia, infección VIH, tuberculosis, hipofisitis.

0363 *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos causante de osteomielitis

Moreno Stephanie Zenaida, Aguilar Sandra Haide, Sosa Jessica Guadalupe, Alarcón Pedro, López Ana Laura, Murcia María Virginia, Cruz Antonio, Tabares Dulce Olivia
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. *A. baumannii*, infecta a pacientes gravemente enfermos, su presencia en UCI reviste importancia afectando a pacientes inmunocomprometidos o sometidos a procedimientos invasivos, generando alta mortalidad. El desarrollo de resistencia a carbapenémicos limita las opciones terapéuticas. Su asociación con osteomielitis en la literatura mundial es de 4%. **Objetivo.** Presentar caso de *A. baumannii* relacionado con osteomielitis. **Exposición del caso.** Hombre de 43 años con paraplejia y úlcera sacra por presión. Hospitalización previa hace 3 semanas por neumonía comunitaria. Ingreso por fiebre, úlcera con secreción verdosa fétida, dolor y edema en cuádriceps izquierdo con eritema e hipertermia local. Resonancia magnética con reporte de osteomielitis en isquion y pubis izquierdo, fistula perianal grado IV, sinovitis coxofemoral y de rodilla izquierda. Requirió lavado quirúrgico y desbridación; cultivo de úlcera sacra con desarrollo de A. baumannii multiresistente. Tratamiento con colistimetato y meropenem, sin mejoría progresa a choque séptico refractario y muerte. **Conclusiones.** *A. baumannii* es un patógeno nosocomial emergente de difícil control y tratamiento. La osteomielitis usualmente se atribuye a bacterias Gram positivas, sin embargo, existe un aumento de casos ocasionados por gramnegativos, entre los que *A. baumannii*; es la 2° bacteria de mayor prevalencia, la población en riesgo, aquella con hospitalizaciones previas y uso de antibióticos de amplio espectro.

Palabras clave: *Acinetobacter baumannii*, oisteomielitis, resistencia a carbapénemicos.

0364 Endocarditis infecciosa por histoplasmosis con cultivos convencionales negativos

Giraldo Hernando Mauricio, Ramírez Isaías, Flores Guillermo
UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción. El diagnóstico de la endocarditis por Histoplasma es un reto debido a la falta de crecimiento en cultivos convencionales. Comúnmente se diagnostican en la autopsia. El enfoque diagnóstico de endocarditis con cultivo negativo ha mejorado la última década utilizando múltiples técnicas de identificación molecular del hongo dirigidas al RNA ribosómico. **Objetivo.** Determinar la importancia de medios especiales de cultivos por técnicas de biología molecular para endocarditis por histoplasmosis. **Presentación de caso.** Femenino de 61 años, con antecedente de artritis reumatoide desde 2012, en tratamiento con cloroquina, prednisona y celecoxib. Inicia su padecimiento en 2015 con fiebre intermitente, predominio nocturno, 1 vez por semana, diaforesis, perdida de 12 kg en 6 meses, con leucopenia y anemia. Con panel viral para VIH, VHC, VHB negativo, y memoria para toxoplasma, cmv y herpes simple. Coombs negativo, B2 Microglobulina 5,1. Hematología concluyo toxicidad medular por leflunomida, se realizó AMO y biopsia de hueso, con medula hipercelular, sin infiltración maligna, cambios dispoyeticos en serie eritroide, con inmunofenotipo negativo para clona linfoide, se realizó TC abdominal con esplenomegalia, con hipertensión portal, sin adenopatías significativas, se tomaron hemocultivos, mielocultivos para bacterias y hongos en INCMNSZ negativos, reumatología descarto síndrome de felty por AR menor a 10 años y antiCCP negativo. Con persistencia de la fiebre, se realiza ECOTT Y TE con vegetación de 18X9MM en válvula aortica con insuficiencia moderada, recibió doble esquema antibiótico sin mejoría, requiriendo implante de prótesis aortica biológica de 21mm el 8 de marzo 2017. Se reportan microconidias agrupadas en el histopatológico, compatibles con Histoplasma spp, y una segunda población de hongos filamentosos con hifas finas septadas. Se realizó PCR para hongos en sangre por medio de laboratorio de investigación de nuestra unidad siendo el resultado positivo para Histoplasma; se decidió iniciar tratamiento con anfoteri-

cina B liposomal considerando histoplasmosis diseminada. **Discusión.** La infección debida a hongos ocurre 1-3% de todos los casos de EI válvula nativa y 5-7% de los pacientes con prótesis valvular. Los organismos comúnmente aislados son Candida albicans (24%), candida no albicans (28%), especies de Aspergillus (24%) y especies Histoplasma (6% la confirmación de *H. capsulatum* requiere conversión del hongo a su forma gemante a 37°C en placas de agar sangre, y la demostración de precipitinas especificas por test de exoantigenos o pruebas específicas de DNA. Es posible identificar histopatológicamente formas gemantes y ocasionalmente hifas en biopsias de tejido como hígado, medula ósea, vegetaciones. **Conclusiones.** *H. capsulatum* es una causa infrecuente pero importante de endocarditis con cultivos negativos. La prevalencia de EI por Histoplasma puede ser subestimada debido a la dificultad en hacer un diagnóstico microbiológico preciso.

Palabras clave: endocarditis, infecciosa, *Histoplasma*, cultivo, negativo, PCR.

0382 Tuberculosis diseminada y neurosífilis en un caso de síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) estadio C3

Esquivel César Manuel, Castro Lizbeth Alejandra, Zarate Mónica, Hernández Magali, Infante Héctor

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción. En nuestro país se reportan más de 180,000 casos de personas infectadas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sin embargo el reporte de otras infecciones agregadas es subestimado. **Objetivo.** Documentar el caso clínico de un paciente con infección de virus de inmunodeficiencia humana, con SIDA estadio C3 que además cursó con tuberculosis miliar y neurosífilis. **Exposición del caso.** Masculino de 48 años, católico, unión libre, secundaria incompleta, procedente de centro de readaptación social, una pareja sexual heterosexual, niega conductas de riesgo y antecedente de infecciones de transmisión sexual. Niega perforaciones y tatuajes. Al interrogatorio refiere pérdida de peso no cuantificada durante el último mes. Inició padecimiento tres semanas previo a su ingreso hospitalario con la presencia de astenia y adinamia, disfagia a sólidos y líquidos; fue enviado a Clínica de Especialidades Condesa en donde se realiza prueba rápida para VIH reactiva, prueba rápida para sífilis reactiva y conteo absoluto de CD4 de 21 cel/µl. Posteriormente fue enviado a nuestra unidad, en Urgencias se encontró paciente en malas condiciones generales, deshidratado, desorientado en tiempo, somnoliento y con rigidez de cuello, los laboratorios reportaron acidosis metabólica no compensada, lesión renal grado 1, hipoalbuminemia, linfopenia y anemia microcítica hipocrómica, en radiografía de tórax se aprecia parénquima pulmonar con infiltrados basales broncoalveolares, patrón reticular bilateral e imagen en vidrio despulido, sospechado tuberculosis miliar. Ingresó al servicio de Medicina Interna con saturación de 85% por oximetría de pulso, desorientado en tiempo, poco cooperador, somnoliento, con rigidez de cuello y con adenomegalias en región cervical derecha, móviles, de consistencia ahulada, no adheridas a planos profundos, tórax con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, murmullo vesicular disminuido de manera bilateral, submate a la percusión, con vibraciones vocales normales, genitales sin presencia de lesiones, se palpa cadena ganglionar inguinal de manera bilateral, no dolorosa, no adherida a planos profundos de consistencia ahulada, región anal sin presentar lesiones, signos de Brudzinsky y Kerning positivos. Se realizó tomografía de tórax con patrón nodular difuso, punción lumbar con VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) positivo, reacción en cadena de polimerasa (PCR) para *Micobacterium tuberculosis* positivo, así mismo se realizó PCR en jugo gástrico positivo para *Micobacterium tuberculosis* y carga viral sérica de 2,481,926 copias/mL, se ini-

ció tratamiento con penicilina G benzatínica y Dotbal, para posteriormente iniciar tratamiento antirretroviral. **Conclusiones.** Debido al estado de inmunosupresión de los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia humana, la variedad de infecciones que pueden sobreagregarse es extensa, por ello la relevancia de realizar la detección acertada para proporcionar el tratamiento oportuno.

Palabras clave: tuberculosis, sífilis, meningitis, inmunosupresión.

0389 Lesiones de la sustancia blanca: presentación de un caso de tuberculosis en sistema nerviosos central

Broca Blanca Estela[1], Carreño Paulina[1], Pineda Luis Francisco[1], Morando María del Carmen[2], Martínez Emmanuel[1], Miyagui Sayaco Mariana[1]

1.Departamento de Medicina Interna. UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS; 2.Departamento de Cirugía General. UMAE Bajío, IMSS

Introducción. La afectación de la sustancia blanca tiene múltiples patrones de imagen y diversas etiologías. **Objetivo.** presentar un paciente femenino con múltiples lesiones de la sustancia blanca compatibles con tuberculosis en sistema nervioso central (TBSNC). **Caso.** Femenino de 64 años, con antecedente de biopsia de ganglio axilar con reacción xantogranulomatosa con células multinucleadas de cuerpo extraño, ganglio linfático con granulomas epiteloides confluentes no caseificantes, con presencia de bacilos acido alcohol resistentes (ZN positivo). Inició con fiebre, diaforesis y pérdia de peso de un mes de evolución. Desorientación temporo-espacial y afasia que resolvió en 24 horas, disminución de fuerza muscular (FM) de miembros pélvicos (MP) y movimientos coreicos de miembros torácics (MT). Exploración física: funciones mentales superiores y nervios craneales sin alteraciones. Sin signos meníngeos. FM de MP 5/5, ROTS 2/4, MT sin alteraciones. TAC y RM con lesiones múltiples y generalizadas de la sustancia blanca con reforzamiento anular. LCR: proteinorraquia (112mg/dl), Eritrocitos 50.0cel, sin leucocitos. Papanicolau con linfocitos reactivos moderados, en igual proporción de leucocitos polimorfonucleares, sin células malignas. Cultivo y PCR para mycobacterium negativos. **Conclusiones.** la TBSNC tiene múltiples manifestaciones. las lesiones en la sustancia blanca pueden ser causadas por múltiples diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: tuberculosis en sistema nervioso central, lesiones de la sustancia blanca.

0403 Importancia del cribado para tuberculosis pulmonar latente antes de terapia con anti-TNF

Radillo Hugo Alberto, Hernández Eufrates, Olán Francisco

Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez

Introducción. Dados los mecanismos de acción molecular de la inmunoterapia anti-TNF, la asociación con reactivación de tuberculosis pulmonar latente (TBPL) se ha identificado. Por lo anterior, estrategias de cribado por medio de PPD se han aprovado en nuestro país para minimizar el riesgo de reactivaciones posteriores a tratamiento. Describimos a continuación el caso de un paciente tratado con infliximab, a quien no se le detectó previamente TBPL. **Objetivos.** Reportar y documentar el desenlace final de un paciente quien no se sometió a cribado para TBPL previo manejo con infliximab. **Material y métodos.** Se trata de un hombre de 48 años de edad portador de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) de reciente diagnóstico y con antecedente de haber padecido tuberculosis pulmonar a los 27 años de edad. Se decidió su manejo por parte de médico con administración de infliximab en lugar de rituximab ó plasmaferesis, resultando en respuesta parcial. 2 semanas después de la administración de anti-TNF se presentó el paciente con cuadro febril sostenido asociado a tos y dolor torácico. Luego de 4 semanas de tratamiento antifímico (previa confirmación por técnicas de biología molecular en expectoración) el paciente falleció por causas asociadas a sepsis

grave. **Resultados.** Se confirmó la reactivación de tuberculosis pulmonar por medio de gene Xpert en esputo y por la exhibición clínica mencionada. La terapia con antifímicos no fue suficiente para frenar el desenlace ominoso del paciente. **Conclusiones.** El cribado para TBPL es imperativo para los candidatos a terapia inmunológica con anti-TNF, para evitar complicaciones de naturaleza infectológica como en el caso del paciente discutido. **Palabras clave:** tuberculosis, infliximab, PPD, infectología, TNF, reumatología.

0420 Enfermedad cerebrovascular isquémica secundaria a vasculitis de origen infeccioso

Vera Edward Camilo, Hernández Graciela, Zabala Víctor Alejandro
Hospital Juárez de México

Introducción. Se estima que más de seis millones de personas padecen anualmente un episodio de enfermedad cerebro vascular en el mundo, las causas infecciosas pueden ser responsables entre un 1% y un 10% de los casos. La mucormicosis puede afectar el sistema nervioso central por continuidad a través de infección rinosinusal o por infección primaria, asi como tambien causa infartos por obstrucción vascular directa y/o vasculitis con embolización a distancia. Dentro de los principales factores de riesgo asociados a infección por mucormicosis se encuentra la diabétes mellitus, esto debido a que el género rhizopus posee la enzima cetona reductasa , por lo que condiciones como cetoacidosis, hiperglucemia y un ph ácido se convierten en condiciones óptimas para crecer. **Objetivos.** Demostrar la existencia de Micosis como causa de Enfermedad Cerebro Vascular en paciente joven con inmunocompromiso secundario a Diabetes Mellitus. **Exposición del caso.** Masculino de 52 años con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo 2 con mal control metabolico e hipertension arterial sistémica, quien presenta cuadro clinico caracterizado por cefalea frontal, parestesias en hemicuerpo y desviacion de la comisura labial izquierda de una semana de evolución; se inicia abordaje diagnostico realizando tomografia de craneo visualizandose imágenes sugerentes de enfermedad vascular isquemica en territorio de arteria cerebral media izquierda, resonancia magnética evidencia enfermedad multiinfarto hemisferica izquierda, Infarto cerebral de circulacion limitrofe por probable afeccion de arteria carotida izquierda y sindrome del seno cavernoso, se observa demas lesion en paladar duro placa 2x2 cms, bordes irregulares, base de fibrina sin necrosis, paciente presenta episodio de crisis convulsivas, afasia motora y hemiparesia izquierda, se toma segunda resonancia magnética cerebral contrastada que evidencia oclusion parcial de arteria carotida izquierda, nuevo evento isqémico y presencia de multiples infartos que sugieren embolización, asi como tambien se evidencia aumento de volumen de mucosa de seno maxilar izquierdo, ocluyendola en 60-70%, etmoides con lesion hacia celdillas posteriores, extendiendose hacia cavidad orbitaria provocando proptosis, es sometido nuevamente a toma de biopsia el cual se envia a patologia y microbiologia con reporte de positividad para cultivo de hongos con presencia de hifas macrosifonadas, cenocíticas, compatible con Mucormicosis. **Conclusiones.** Paciente con antecedente de diabetes mellitus no controlada con presentación de evento vascular cerebral isquémico secundario a proceso infeccioso por mucormicosis rinusinusal que condicionó oclusión carotidea, vasculitis y embolización, se consideró como principal factor de riesgo el inadecuado control metabólico ya que esta condición favorece el crecimiento del género rhizopus, se continuó prevención secundaria y se propuso resección quirurgica completa más tratamiento con anfotericina B liposomal.
Palabras clave: mucormicosis, vasculitis, evento vascular isquémico cerebral, diabétes mellitus.

0437 Paracoccidioidomicosis crónica: manifestaciones dér-

micas de una enfermedad sistémica

López Diego[1], Aburto Elsa[1], Anda Juan Carlos[1], Alemán Ricardo[2], Rodríguez Rafael[1]
1.Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI; 2.Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 2a

Introducción y/o antecedentes. La paracoccidioidomicosis crónica es una de las micosis sistémicas considerada endémica en América del Sur y Central. Generalmente se sospecha cuando existen factores de riesgo y se encuentran alteraciones compatibles a nivel pulmonar o de las mucosas. En menor frecuencia se afectan también: piel, ganglios linfáticos, glándulas suprarrenales y el sistema nervioso central. Existen ocasiones en las que los sitios afectados pueden manifestar ningún o pocos signos o síntomas, lo que dificulta el diagnóstico. **Objetivo.** Establecer la presentación de un paciente con paracoccidioidomicosis con manifestaciones predominantemente dérmicas. **Exposición del caso.** Hombre de 64 años de edad, ocupación laboral plomería. Se le diagnosticó hace un año infección crónica por virus de hepatitis C Genotipo 1, Subtipo B; sin tratamiento antiviral. Hace tres años inició con dermatosis localizada en miembros superiores caracterizada por múltiples lesiones, tipo pápulas, vesículas y úlceras; con dimensión promedio de 3-6 cm de diámetro, no confluyentes, se acompañaron de dolor tipo urente; valorado 2/10 en intensidad en escala análoga del dolor. Las lesiones persistieron y algunas evolucionaron a fase de costra, donde se volvieron pruriginosas. El cuadro clínico se acompañó de manera intermitente con faringodinia, astenia y adinamia. Acudió a atención médica y se realizaron biopsias de piel y de paladar, últimas donde se reportó proceso inflamatorio crónico y agudo inespecífico, con escasas células gigantes; no se identificaron bacilos ácido-alcohol resistentes en tinción Ziehl-Neelsen. Posteriormente, en análisis para micosis del tejido, se encontraron levaduras multigemantes; por lo que se diagnosticó infección por P. Brasiliensis. Se inició tratamiento con anfotericina, con disminución de las lesiones; posterior a lo cual se continuó tratamiento con itraconazol. **Conclusiones.** La paracoccidioidomicosis crónica es una micosis sistémica con incidencia y prevalencia escasa. Las manifestaciones clínicas pueden presentarse con pocos signos o síntomas, por lo que se requiere de una sospecha clínica elevada. Existen ocasiones en los que las comorbilidades pueden enmascarar la presentación clínica.

Palabras clave: paracoccidioidomicosis, granulomas, úlceras, coinfección, micosis, sistémica.

0441 Caracterización clínica de un síndrome de dengue expandido asociado a linfadenopatía generalizada, hepatoesplenomegalia e hiperferritinemia secundario a infección por dengue serotipo 4

De la Torre Leonardo [1], Cruz Mario Adolfo[2], Ramírez Juan Carlos[2], Canseco Luis Miguel [3], Serrano Eleazar[3], Sepúlveda Jesús[2]
1.Hospital General de México; 2.Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud; 3.Laboratorio de Investigación del HRAE Ciudad Salud

Introducción. La fiebre por dengue afecta a cerca de 50-100 millones de personas a nivel global (OMS, 2016) y es ocasionada por el virus dengue, perteneciente al género Flavivirus, con cuatro serotipos DEN-1 aden-4). Puede manifestarse de forma leve como fiebre bifásica asociada a rash, cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias, leucopenia y trombocitopenia; o de forma grave asociada a hemorragia y choque, con mortalidad hasta del 20%. Recientemente la OMS introdujo el término de síndrome de dengue expandido, en donde existe un involucro sistémico grave multiorgánico. Las manifestaciones más comunes son: colecistitis alitiásica, pancreatitis aguda, hepatitis, encefalitis, miocarditis e involucro linforreticular. Además, se ha reportado la hiperferritinemia (ferritina ≥500 mg/L) como marcador de

gravedad en dengue. **Objetivo.** Reportar la evolución clínica de un caso de dengue atípico considerado como un síndrome de dengue expandido por involucro linforreticular e hiperferritinemia. **Caso.** Hombre de 15 años, originario de Guatemala y residente de Tapachula, Chiapas; inició síntomas 3 días previos a su ingreso con fiebre no cuantificada intermitente, artralgias, mialgias, epigastralgia e hiporexia; al día siguiente se agrega epistaxis profusa y vómito de contenido gastrointestinal. Acude a esta unidad ingresando con estabilidad hemodinámica, elevación de transaminasas y patrón colestásico severo, leucopenia, bandemia y trombocitopenia de 24 mil/mm3, además de coagulograma alterado; a la exploración resaltó la presencia de linfadenopatía generalizada y hepatoesplenomegalia; se sospechó de dengue con manifestaciones hemorrágicas; se realizó ultrasonido abdominal reportando derrame pleural derecho y líquido libre en cavidad abdominal; posteriormente se solicitó tomografía abdominal con hallazgo de colecistitis alitiásica y adenopatías cervicales, axilaes, intraabdominales e inguinales; se realizó determinación de anticuerpos igm, igg, NS1 resultando positivos, además de una RT-PCR multiplex que confirmó el diagnóstico de dengue serotipo 4. Durante su estancia persistió con epistaxis profusa asociado, bicitopenia prolongada por más de una semana, con plaquetas mínimas de 17 mil/mm3 y leucocitos de 1600/mm3, requiriendo transfusión de hemoderivados; se documenta hiperferritinemia de 1393 y 2200 ng/ml. Doce días después del ingreso mejoró gradualmente, con aumento gradual del recuento en las líneas celulares, plaquetas de 94 mil/mm3, disminución de las transaminasas y de los tiempos de coagulación, sin presentar nuevos episodios febriles ni hemorrágicos. La hiperferritinemia, hepatoesplenomegalia y linfadenopatía persistieron por cerca de 4 semanas. **Conclusión.** El síndrome de dengue expandido es un reto diagnóstico y puede ser letal por lo que confirmar el diagnóstico y vigilar las complicaciones asociadas al involucro sistémico es mandatorio. Como en este caso, la ferritina sérica puede ser un biomarcador de severidad y respuesta al tratamiento.

Palabras clave: síndrome de dengue expandido, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, hiperferritinemia.

0444 Aspergilosis cavitaria crónica en un paciente con secuelas pulmonares de tuberculosis

Enciso José Ramón, Malagón José, Flores Dulce Naara, Andrade Raúl Alejandro, Diaz Jorge Javier

Instituto Mexicano del Seguro Social, HE CMN Siglo XXI Bernardo Sepúlveda

Introducción. La aspergilosis es una infección por hongos filamentosos del género Aspergillus; La aspergilosis cavitaria crónica se define como la presencia de cavidades pulmonares múltiples, que pueden contener o no un aspergiloma. El Aspergiloma ocurre en pacientes con vía aérea anormal como cavernas por tuberculosis; Radiológicamente se observa una masa oval dentro de una cavidad pulmonar rodeada por un espacio aéreo llamado signo de media luna. **Objetivo.** Presentar un caso de Aspergilosis pulmonar con múltiples aspergilomas en cavidades pulmonares por infección previa por Tb y desnutrición. **Presentación del caso.** Mujer de 21 años con IMC: 13 y antecedente de infección por TB pulmonar 2 años previos, con cuadro de tos productiva de 8 meses de evolución, disnea, diaforesis y fiebre, esputo purulento y con cuadro agudo de hemoptisis; se realizó TAC de tórax que mostró imagen de cavitaciones apicales bilaterales con signo de media luna, posteriormente broncoscopia y lavado broncoalveolar con desarrollo en cultivos de Aspergilus fumigatus, galactomanano sérico y en líquido broncoalveolar positivo, BAAR, PCR de TB negativo, cultivos de bacterias y mycobacterias sin desarrollo; se dio tratamiento con Voriconazol. **Conclusión.** En pacientes con cuadros de hemoptisis se debe considerar como diagnóstico

diferencial infeccion micótica, cuando existen antecedentes de patología pulmonar e inmunosupresión (desnutrición) ya que el tratamiento dirigido puede disminuir las complicaciones.
Palabras clave: aspergilosis cavitaria crónica, aspergiloma, hemoptisis.

0447 Afección sistémica por coxsackievirus un caso de diagnóstico diferencial con vasculitis sistémica para médicos internistas

Jiménez Jesús, Calderilla Laura Gabriela
Centro Médico ISSEMYM

Introducción. Diferenciar el cuadro clínico entre vasculitis y afección sistémica viral puede ser muy complicado y tiene implicaciones terapéuticas distantes. **Objetivo.** Exponer un caso de complejidad diagnóstica y terapéutica de una infección sistémica por Coxsackievirus B4. **Exposición del caso.** Paciente masculino de 45 años el cual inicia su padecimiento 15 días previos a su ingreso con astenia, adinamia, pérdida de peso, cefalea intensa asociada a mal estado general, fiebre de 39°C y úlceras en región perianal, peneana, orofaringe, linguales e interdigitales en extremidades, disfagia, odinofagia y pérdida de peso con progresión de su clase funcional. Se traslada a esta unidad para su atención cursando durante su internamiento con dermatosis generalizada caracterizada por máculas y pápulas eritematosas las cuales desaparecen a la digitopresión y petequias predominantes en extremidades inferiores. A nivel ocular conjuntivitis y uveítis. En los laboratorios leucopenia y neutropenia severa, anemia normocítica normocrómica, VSG 50, PCR 101, anti-DNA negativos y antinucleares positivos 1:80, C3 y C4 normal. C- ANCA Y P-ANCA normales. AST 302, ALT 228, CK 450, CK MB 59, BT 4.5, BI 2.0, BD 2.5, DHL 450, FA 259. EGO con proteinuria y leucocituria. Creatinina de 2.1, urea de 61. Electrocardiograma con elevación del segmento ST, datos de lesión subepicárdica, en todas las derivaciones. TAC de tórax con infiltrado intersticial difuso bilateral. Ultrasonido con hepatomegalia sin dilatación de la vía biliar. Punción lumbar con pleocitosis linfocitaria. Biopsia de piel con infiltrado linfocitario perivascular, sin vasculitis. Ecocardiograma con miopericarditis teniendo fracción de expulsión conservada. Fue valorado por el servicio de reumatología quien considera el iniciar pulsos de ciclofosfamida así como corticoesteroides por la sospecha de vasculitis sistémica, pero ante el cuadro clínico se decide continuar por Medicina Interna con tratamiento sintomático y antibiótico de amplio espectro, al sobre agregarse neumonía bacteriana. Se solicita panel viral completo incluyendo Coxsackievirus, siendo aislado este último con el serotipo B4 el cual es corroborado por PCR. El paciente evoluciona hacia la mejoría progresiva con remisión de la sintomatología y se egresa de la unidad para ser vigilado por consulta externa. **Conclusión.** Las infecciones virales sistémicas son diagnósticos diferenciales que se deben tomar cuando se tiene afección multiorgánica, más si se sospecha una vasculitis en donde se tiene que tomar la decisión final en relación al tratamiento qué se va a otorgar y los inmunosupresores pueden tener graves consecuencias para la vida. El Coxsackievirus serotipo B se ha aislado de forma frecuente en cuadros multisistémicos, con frecuencia no conocida, no hay tratamiento antiviral directo y solo la gammaglobulina IV y el pleconaril se han utilizado con respuesta inconstante. El tratamiento es sintomático y se dirige a las complicaciones asociadas.
Palabras clave: coxsackievirus, vasculitis, diagnóstico, sistémica, viral, miopericarditis.

0450 Pericarditis supurativa por *Staphylococcus aureus* meticilino sensible complicada con taponamiento cardiaco, a propósito de un caso

López Ana Laura, Moreno Stephanie Zenaida, Aguilar Sandra Haide, Murcia María Virginia, Guerrero Eduardo, Villalobos Víctor Hugo, Sánchez Virginia Hipólita
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La pericarditis purulenta, patología rara de curso rápidamente fatal, con mortalidad del 2 al 20%. La pericarditis supurativa bacteriana es poco frecuente con una prevalencia de 0,26% y se presenta como complicación de un foco infeccioso extracardíaco. La sospecha clínica, así como tratamiento antibiótico temprano, drenaje completo y efectivo del pericardio evitan la progresión hacia complicaciones potencialmente fatales. **Objetivos.** Presentar un caso de taponamiento cardiaco como complicación de pericarditis supurativa por S. aureus meticilino sensible. **Exposición del caso.** Hombre de 64 años, con antecedente de cardiopatía isquémica crónica, diabetes mellitus tipo 2. Antecedente de infección de vías respiratorias 3 semanas previas a su ingreso. Inicia con dificultad respiratoria, fiebre, edema en miembros pélvicos. A la exploración física palidez de tegumentos, diaforesis, taquicardia 128 lpm, ortopnea, hipotensión arterial 90/60 mmHg, pulso paradójico, ingurgitación yugular grado II, ruidos cardiacos velados, frote pericárdico, estertores crepitantes subescapulares bilaterales. Laboratorios de ingreso: Leucocitos 15.00 x10e3/u, creatinina 2.3 mg/dl, urea 65.5 mg/dl, mioglobina 187.8 mg/dl, troponina I 0.56 mg/dl, VSG > 140, BNP 348 mg/dl. Electrocardiograma con reducción en el voltaje del QRS y un aplanamiento difuso de las ondas T. Ecocardiograma transtorácico con reporte de derrame pericárdico, separación de 20 mm de hojas pericárdicas, interdependencia ventricular y colapso de cavidades derechas. Presenta episodio de taquicardia supra ventricular e inestabilidad hemodinámica. Se aplica cardioversión eléctrica a 200 J, obteniendo ritmo de taquicardia sinusal. Se realiza pericardiocentesis bajo ecografía en 3 intentos sin éxito. Pasa a quirófano, se realiza ventana pericárdica drenando 300 cc de material purulento. Tinción de Gram con aislamiento de cocos gram positivos. A las 48 horas se reporta cultivo positivo con S. aureus meticilino sensible. Se inicia tratamiento con dicloxacilina presentando respuesta favorable. Completa 4 semanas de tratamiento y se decide su egreso por recuperación. **Conclusiones.** La pericarditis supurativa es una enfermedad grave, extremadamente letal y debida habitualmente a complicación de una infección pleuropulmonar contigua. Actualmente uno de los agentes infecciosos con mayor prevalencia es S. aureus 31%. El síntoma de presentación más frecuente reportado es disnea en el 91% de los casos, ortopnea 32%, edema periférico 17%. El signo más común encontrado fue el pulso paradójico 62%, ingurgitación yugular 51%. El factor predisponente más importante el antecedente de infección respiratoria. Aunque esta enfermedad presenta una escasa incidencia, puede presentarse de una manera extremadamente agresiva. El manejo requiere drenaje quirúrgico del contenido pericárdico y tratamiento con antibiótico basado en el antibiograma durante 4-6 semanas.

Palabras clave: pericarditis supurativa, *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, taponamiento cardiaco.

0453 Patrón de árbol gemante en tuberculosis miliar asociada a VIH

Medina Josseph, Gómez Carlos, Hernández Alfonso Alberto, Espinoza Arturo, Ángeles Margot
Hospital Regional de Coatzacoalcos Dr. Valentín Gómez Farías

Introducción y antecedentes. Tuberculosis miliar es resultado de una diseminación linfohematógena del bacilo Mycobacterium Tuberculosis, presentando su extensión a través de micronódulos perilinfáticos. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y una presentación atípica retarda el diagnóstico y tratamiento. Femenina de 37 años, de Coatzacoalcos Ver., niega crónico-degenerativos y hospitalizaciones. Esquema de vacunación completo. AGO con G2 P2, 2 parejas sexuales, sin MPF. **Objetivo.** Demostrar la relación Tuberculosis Miliar con el patrón árbol gemante en Tomografía Computarizada.

Exposición del caso. Inicia su padecimiento con tos en accesos, fiebre no cuantificada, esputo hialino sin hemoptóicos; un mes de evolución, acompañado de disnea mmRC 4, perdida ponderal de 7 kg en un mes, astenia y adinamia. EF: caquéctica, en mal estado general, con adenopatía cervical submandibular y yugular, blanda, no dolorosa. Campos pulmonares con estertores y sibilancias, infraescapular bilateral, sin integración de síndrome pleuropulmonar. BH: Anemia Normocítica Normocrómica ELISA 1 y 2: Reactivo Rx Tórax: Infiltrado micronodular intersticial. TAC Tórax: Nódulos linfangíticos bilaterales y difusos, con patrón de árbol gemante. Lavado Bronquial: Tinción BAAR: 9 bacilos. **Conclusiones.** Se justificó diagnóstico microbiológico clínicamente significativo, a partir de la identificación del patrón árbol gemante en estudio tomográfico; demostrado extra e intrapulmonar solo en 32% de los casos.

Palabras clave: patrón de árbol gemante, tuberculosis miliar, tomografía computarizada, VIH, *Mycobacterium tuberculosis*, árbol en gemación.

0456 Abscesos cerebrales por *Geotrichum candidum* en paciente inmunocomprometido

Esparza Denhi, Pérez Herlich Francisco, Moreno Miguel Eduardo
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La geotricosis es una infección oportunista ocasionada por un hongo levaduriforme del género Geotrichum. Se han descrito varias especies, entre ellas Geotrichum candidum, que es ubicuo y puede colonizar al ser humano en diferentes zonas incluyendo al tracto digestivo, es el único asociado a infecciones en el ser humano y los casos reportados por fungemia y diseminación son excepcionales (se han notificado menos de 100 casos entre 1842 y 2016). Generalmente se desarrolla en estados de inmunocompromiso profundo y en su mayoría en el tenor de padecimientos hematooncológicos e infección por VIH. Se reporta el caso de hombre de 63 años que sufrió neuroinfección por 2 agentes (*Geotrichum candidum* y Klebsiella pneumoniae), corroborado por cultivo. **Objetivo.** Describir el caso de una infección en sistema nervioso central por *Geotricum candidum* y su coexistencia con Klebsiella pneumoniae. **Presentación del caso clínico.** Hombre de 63 años, con antecedentes de Diabetes tipo 2, Insuficiencia Hepática, y múltiples hospitalizaciones por estados de encefalopatía hepática (6 en un año) en su mayoría desencadenados por infecciones del tracto urinario. El cuadro clínico inició un mes previo con fiebre, epistaxis, dolor abdominal y evacuaciones líquidas, recibió antibióticos pero no presentó mejoría, posteriormente se agregó cefalea opresiva de intensidad alta, somnolencia, incapacidad para seguir órdenes, disartria y movimientos anormales en extremidades derechas, se realizó punción lumbar que fue reportada con aspecto turbio, celularidad de 6350/mm3 (78% fueron polimorfonucleares y 22% mononucleares), hipoglucorraquia 5mg/dL, DHL 112. Al examen microscópico directo se observaron hifas hialinas tabicadas, conformadas por filamentos con atroconidios rectangulares. En medio de Saboraud, hubo desarrollo de colonias blanco-amarillentas, vellosas sin pigmento, identificadas como Geotrichum candidum, y también desarrolló *Klebsiella pneumoniae* en medio de cultivo cromogénico CPS. En la TAC de cráneo fase simple se observan lesiones hipodensas con realce anular rodeadas de edema vasogénico en regiones temporal derecha, frontal, parietal y occipital izquierdas, siendo la primera la de mayor tamaño y se observa hiperdensidad que adopta el contorno de los espacios subaracnoideos del hemisferio cerebral derecho y por UH fue compatible con reforzamiento leptomeníngeo. El paciente evolucionó tórpidamente y falleció dentro de las primeras 48 horas de ingreso. **Conclusiones.** No existe literatura que reporte casos de neuroinfección por este agente y se considera este caso

es particularmente especial por el estado de coinfección con Klebsiella pneumoniae, además que no se ha descrito como factor predisponente a la insuficiencia hepática. El tratamiento de elección para los casos de geotricosis diseminada es Anfotericina B con o sin 5-fluocitosina, sin embargo, presenta pronóstico pobre y se asocia a una mortalidad por encima del 75% de los casos.

Palabras clave: geotricosis diseminada, neuroinfección, *Geotrichum candidum*.

0471 Histoplasmosis y tuberculosis sistémica como forma de presentación inicial de inmunocompromiso en paciente mexicano portador de VIH SIDA

Rodríguez Crisol Karina[1], Rodríguez Cesar[1], Lozano Víctor Hugo[2], Vega Ricardo Stanley[2]
1.Hospital General de Zacatecas; 2.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Es ampliamente conocida la asociación del estado de inmunocompromiso de los pacientes con VIH SIDA con la predisposición para el desarrollo de infecciones oportunistas. En nuestro país la epidemiologia de dicha afección es extremadamente rara. Se presenta el caso de un masculino de 49 años de edad. Con el antecedente personal patológico de prácticas sexuales de riesgo. Debuta con cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por fiebre, diaforesis, pérdida ponderal de 15 kg, accesos tusígenos y expectoración hemoptoica. Dentro del examen físico focos de coroiditis bilateral, campos pulmonares con estertores crepitantes infraescapulares sin foco de consolidación, saturación periférica de 82%, abdomen con hepatoesplenomegalia. Corroborando por ELISA y Western Blot, el diagnóstico de VIH con carga viral de 284,930 copias/mL. Cuantificación de CD4 depletada (3 células/uL), pancitopenia (hemoglobina 6.80 gr/dL, plaquetas 40,000 mm^3, leucocitos 1,700 mm3). Radiografía de tórax con patrón miliar. En TCAR de tórax con patrón micronodular y vidrio despulido. El reporte histopatológico de biopsia de medula ósea con caseificación granulomatosa y formas bacilares compatibles con Mycobacterium spp. Se confirma *Mycobaterium tuberculosis* mediante PCR. En mielocultivo levaduras de *Histoplasma capsulatum*. Antígeno para histoplasmosis positivo. Recibe tratamiento con Itraconazol, Dotbal, Truvada y Raltegravir se egresa a los 20 días de hospitalización por mejoría clínica y hematológica, aun en la actualidad. **Conclusión.** La sobre infección por agentes oportunistas en pacientes VIH SIDA es conocida, sin embargo persiste el subdiagnóstico y retraso terapéutico. La epidemiologia nacional pudiese significar un sesgo en el abordaje clínico.

Palabras clave: epidemiologia, histoplasmosis, tuberculosis, VIH, SIDA, inmunocompromiso.

0485 Tétanos sistémico: reporte de un caso

Rivera Rosario Minerva[1], González Francisco Javier[1], Piña José Roberto[1], Soto Oscar[1], García Víctor Hugo[2]
1.Hospital General Ticomán. Secretaría de Salud de la Ciudad de México; 2.Hospital General Tlahuac. Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción. Tétanos es una enfermedad aguda y mortal causada por Clostridium tetani, bacilo Gram positivo anaerobio que se encuentra en forma de espora, tiene un periodo de incubación de 3 a 21 días con un promedio de 10 días, la OMS reporta tasa de letalidad hasta del 80%. Produce tetanospasmina, una neurotoxina que bloquea la liberación de ácido gama-aminobutírico, generando parálisis espástica y violentas contracciones. **Objetivo.** Describir las características clínicas de presentación y evolución de un caso en el Hospital General de Tláhuac. **Exposición de caso.** Hombre 52 años, campesino, se desconocen inmunizaciones. Antecedente de herida cortante con machete en pie derecho 2 semanas previas a padecimiento, resto negado. Presenta astenia, adinamia, fiebre, cefalea, contracciones espasmódicas espontáneas de

inicio en miembros pélvicos con patrón ascendente, con sospecha inicial de infección del sistema nervioso central se inicia manejo empírico con aciclovir, ampicilina, ceftriaxona y dexametasona, se realiza punción lumbar con resultado negativo para neuroinfección. Persiste rigidez muscular dolorosa con risa sardónica, con manejo inicial se administra diacepam con mejoría parcial, se agrega sulfato de magnesio al tratamiento sin modificación de la respuesta. Progresan contracciones espasmódicas, en mandíbulas, cuello, espalda y abdomen con compromiso de músculos respiratorios requiriendo intubación orotraqueal y sedación con midazolam, sin respuesta se agrega propofol y vecuronio. Lc 20.5, N 19, L 1, Hb 13.8, Pla 242, Cr 1.43, Lac 5.8, CK 5,000. TC de cráneo simple y contrastada sin alteraciones. Punción lumbar con Glu 86, Prot 46mg, Lc110, Eri 60,000 sin crenocitos. Tinta china, tinción gram, coaglutinación, TORCH y VDRL negativos. Panel viral no reactivo. Se integra diagnóstico de tétanos generalizado, se inicia manejo con inmunoglobulina antitetánica 3,000 UI intramuscular y metronidazol, sin respuesta al tratamiento presenta sobreinfección bacteriana, choque, y defunción. **Conclusión.** El tétanos generalizado es la forma más común de presentación de esta enfermedad. Ocurre posterior a la infección por *Clostridium tetani* cuando se permite una solución de continuidad, sin embargo, hasta un 25-40% de los pacientes no refieren antecedente de herida previo al inicio de los síntomas. Hasta el momento el diagnóstico se establece clínicamente. El tratamiento específico se basa en la administración de inmunoglobulina antitetánica, terapia antimicrobiana con penicilina G o metronidazol y vacunación con toxoide tetánico. Es importante la identificación oportuna de los datos clínicos y el diagnóstico para el inicio precoz del tratamiento por tratarse de una enfermedad potencialmente mortal. A pesar del tratamiento específico se debe tomar en cuenta el manejo de soporte para evitar complicaciones respiratorias, tromboembolismo y sobreinfección nosocomial.

Palabras clave: tétanos , tetanospasmina.

0491 Hidrocefalia como respuesta paradójica tras inicio de tratamiento para meningitis tuberculosa.

Villaseñor Rosa, Lara Luis Bruno, Morales Karen Aurora, Tapia Nadia Guadalupe, García María Cintya, Santiago Ricardo
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción. La meningitis tuberculosa (MT) representa el 1% de todos los casos de tuberculosis (TB) y su mortalidad es elevada. La respuesta paradójica al tratamiento de TB es un síndrome raro caracterizado por desarrollo de lesiones nuevas o empeoramiento de las lesiones ya existentes. **Objetivo.** Reconocer los factores de riesgo y características de la MT. Describir el cerebro perdedor de sal como presentación poco frecuente de respuesta paradójica al tratamiento de TB. **Exposición del caso.** Mujer de 56 años con antecedentes de lupus eritematoso generalizado y artritis reumatoide en tratamiento con prednisona e hidroxicloroquina. Inició 1 mes previo a su ingreso con cefalea intensa, nausea, vómito y pérdida de peso, sin fiebre. Dos semanas después se agregó vértigo, disartria intermitente y parestesias en hemicara izquierda, miembro torácico izquierdo y lengua. Una semana después progresó a disartria y cefalea continua e incapacitante por lo que acudió a urgencias. A su ingreso se encontró somnolienta, con desviación de la comisura labial a la izquierda, disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinsky presentes, bradilalia, hipotonía, clonus agotable bilateral y respuesta plantar flexora bilateral. Se solicitó tomografía de cráneo que no mostró lesiones. Se realizó punción lumbar que reportó linfocitosis, hiperproteinoraquia, hipoglucorraquia y tinción Gram negativa. Se

sospechó actividad lúpica a nivel de sistema nervioso central y se inició tratamiento. Dos semanas después se realizó angioresonancia magnética con áreas de hiperintensidad en secuencia flair, T2 y difusión en región frontal izquierda, con discreta disminución del calibre de las ramas de la arteria cerebral media de forma bilateral. Una semana después se reportó PCR para tuberculosis positiva. Se inició tratamiento antifímico, sin embargo, 72 horas después presentó mayor deterioro neurológico, anisocoria y Glasgow de 7 puntos. Se inició apoyo avanzado de la vía aérea y ventilación mecánica invasiva. Se solicitó nueva tomografía de cráneo que mostró sistema ventricular supratentorial con dilatación de asas frontales, occipitales y temporales y sistema infratentorial con dilatación de cuarto ventrículo. Por ello se colocó válvula de derivación ventrículo-peritoneal, con mejoría parcial. Dos días después presentó hiponatremia secundaria a cerebro perdedor de sal y una semana después falleció. **Conclusiones.** La MT es poco frecuente, sin embargo, debido a la alta prevalencia de TB en México, es indispensable su pronto diagnóstico, ya que la terapia específica temprana modifica el pronóstico y la mortalidad de esta enfermedad.

Palabras clave: tuberculosis, meningitis, Infectología.

0508 Saturación venosa central y CO2 venoso y arterial como marcadores de supervivencia en el paciente séptico

Camacho Jovanni[1], Santiago Ricardo[1], Reynoso Marco Tulio[2], Peña Martín[1], Tapia Nadia [1], Suarez Pablo [1]

1.Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE; 2.Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. ISSSTE

Introducción y antecedentes. La sepsis está relacionada con alta mortalidad en los servicios de Medicina Interna. Contar con marcadores que permitan la identificación temprana de hipoperfusión tisular y la resucitación es clave. Desde principio de los años 90 Durkin y col. observaron que existe relación inversa entre la diferencia veno arterial de PCO2 y el gasto cardiaco, y éste a su vez se encuentra relacionado con la supervivencia; trabajos posteriores además han demostrado que en el paciente séptico, esta relación está en función del estado de la microcirculación y por ende de la perfusión tisular. **Objetivo.** Evaluar el valor pronóstico de la diferencia veno arterial de PCO2 (Dv-A PCO2) y del cociente de la diferencia veno arterial de PCO2 entre la diferencia arterio venosa de la concentración de O2 (Dv-A PCO2)/(DCa-VO2), así como del porcentaje de Saturación Venosa central (SVO2) como marcadores de hipoperfusión tisular relacionados con la supervivencia de los pacientes con Sepsis o Choque séptico atendidos en un servicio de Medicina Interna. **Material y Métodos.** Estudio observacional, prospectivo y longitudinal, revisándose expedientes de pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del HG Darío Fdez. ISSSTE entre enero-diciembre de 2016 con diagnostico de sepsis o choque séptico. Analizamos la relación de Dv-A PCO2, (Dv-A PCO2)/(DCa-VO2) y SVO2 como marcadores de sobrevida; recopilándose variables al tiempo 0 (T0) y a las 6hrs (T6). El análisis estadístico se realizó mediante el programa STATA v12, paramétrico con prueba ANOVA y no paramétrico con Método de Kaplan-Meier. **Resultados.** Se incluyeron 35 pacientes (n=35), rango de edad 62-82 años (media de 72), 51% masculinos y 49% femeninos, 49% sobrevivió y 51% falleció, siendo la etiología más frecuente la neumonía nosocomial 41%. Al T0 valores de media para sobrevivientes y fallecidos respectivamente: Dv-A PCO2 3.8 y 7 (p=0.033), (Dv-A PCO2)/(DCa-VO2) 1.5 y 3.1 (p=0.25), SVO2 78.4 y 68.6 (p=0.027). Al T6: Dv-A PCO2 4.4 y 5.8 (p=0.09), (Dv-A PCO2)/(DCa-VO2) 1.2 y 2.05 p=0.015, SVO2 74.8 y 72.5 (p=0.38). Análisis de Kaplan-Meier supervivencia a 30 días, al T0: Dv-A PCO2 ≤ 6.9 58% y ≥ 7 33% (p=0.21), SVO2 ≥ 68.4 65% y ≤ 68.3 21% (p=0.01). Para el T6: (Dv-A

PCO2)/(DCa-VO2) ≤ 1.9 59% y ≥ 2 20% (p=0.10). Discusión y conclusiones: La Dv-A PCO2 y SVO2 son marcadores pronósticos útiles en el abordaje inicial; sin embargo únicamente la SVO2 resultó estadísticamente significativa en el análisis de supervivencia. Por otra parte (Dv-A PCO2)/(DCa-VO2) es mejor predictor al T6, correlacionando con la supervivencia del paciente aunque sin encontrar significancia estadística, por lo que es probable que más que predictor de mortalidad pudiera ser tomado como indicador de respuesta al tratamiento instaurado, esto último concuerda con lo que refieren Ospina-Tascón y col. (2015). Por lo que creemos que la interpretación de estos marcadores también depende del momento en que estos se hayan tomado.

Palabras clave: PCO2 venoso y arterial, saturación venosa central, sepsis, choque séptico, supervivencia, hipoperfusión tisular.

0512 Enfermedad de Lyme; presentación atípica: revisión de la literatura a propósito de un caso

De Miguel Regina[1], Gómez Brenda[2], Félix Jorge[2], Armenta Armando[3], Vega Antonio[1]

1.Hospital Angeles del Pedregal; 2.Hospital Angeles del Pedregal. Universidad La Salle; 3.Hospital Español de México

Masculino de 45 años con antecedentes de múltiples fracturas en pie izquierdo, safenectomía por tromboflebitis bilateral, plasta inguinal, funduplicatura y plastía de hiato, amigdalectomía con uvuloplastía y rinoplastía. Lumbalgia crónica por hernia discal, Síndrome de Guillian Barrè (10 años previos) y disautonomía secundaria. Inicia el padecimiento 3 meses previos a su ingreso al presentar poliartralgias generalizadas bilaterales sin signos de flogosis pero limitante , 3 semanas previas se agrega epigastrialgia acompañado de periodos de diarrea y estreñimiento con evacuaciones melénicas y náusea, pérdida de 20 kg de peso desde el inicio de su sintomatología. El día de su ingreso al levantarse de su cama, presenta mareo, palpitaciones y pérdida del estado de alerta que recupera aparentemente ad integrum. Se queja de dolor articular en columna, tobillo, muñeca, hombros, al examen físico con sinovitis en hombros, codos y muñeca con dolor a la movilización, así como en falange proximal de tercer dedo de mano derecha,dolor en columna dosolumbar y en sacroileaca intenso a la palpación y tobillo y metatarsofalángico de pie izquierdo. Inicia protocolo de estudio para descartar malignidad asociada, incluyendo PET-CT los cuales son negativos. En los laboratorios solicitados como parte del abordaje se encuentran anticuerpos antinucleares positivos con patrón nuclear y citoplasmático. Al interrogatorio dirigido el paciente refiere viaje a tequesquitengo 18 meses previos en donde tuvo picadura de garrapata teniendo lesiones purpúricas en el sitio de la picadura, así como lesiones correspondientes con eritema migrans que desaparecieron meses después. por lo que se solicitan marcadores de inflamación(VSG, PCR y procalcitonina) normales, Ac anti péptido cítrico citrulinado negativos, PCR para brucella negativo, IgM para Lyme P41 y P23 + y IgG 23+, C3 144.5 C4 32.1. Se llego a la conclusión de probable diagnóstico de infección asociada a *Borrelia burgdorferi* e inició tratamiento con adecuada respuesta.

Palabras clave: enfermedad de Lyme, *Borrelia burgdorferi*, disautonomía, perdida de peso, manifestaciones articulares.

0515 Mucormicosis laringotraqueal en paciente inmunocomprometido: reporte de caso, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ciudad de México

Tinoco Maritza[1], Rodríguez Gerardo[2], Vergara Fernando Ivan[1], García Felipe De Jesus[2], Aguirre Teresa[2], Fragoso Mariana[2]

1.Hospital General de Ticomán, Secretaría de Salud de la Ciudad de México; 2.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción. La mucormicosis es una infección

oportunista causada por hongos del orden de los Mucorales, clase Zygomycetes, hongos saprofitos. Producen una infección fúngica, que afecta a pacientes inmunocomprometidos y cuya evolución es con frecuencia fatal. **Descripción del caso.** Paciente masculino de 40 años de edad, originario de la Cd Mx, ocupación: soldador, Refiere DM tipo 2 en tratamiento con insulina Glargina 10 U con última HbA1C de 16%, Tabaquismo IT 4, Toxicomanía a base de piedra durante 5 años y marihuana durante 7 años. Inicia su padecimiento hace un mes con odinofagia, tos sin expectoración, disneizante, no emetizante ni cianozante y disfonía acompañado de diaforesis nocturna, pérdida de peso no intencionada de 4 kg en 1 mes. Al no presentar mejoría decide acudir a INER donde se diagnostica con estridor laríngeo, con SO2 de 80%, en malas condiciones generales por lo que se realizó TAC de tórax en ventana para mediastino adenomegalias paratraqueales izquierdas, con disminución de la luz del bronquio del lóbulo inferior, lesión en tráquea mal definida por lo que se solicita broncoscopía con reporte lesión dependiente de mucosa de cono elástico, fibrinoide en tercio proximal de tráquea que obstruye 80% de la luz, se reportan hifas, se realiza resección de la lesión. Resultado de biopsia datos compatibles con infección fúngica de mucomicosis. **Conclusiones.** Los múltiples factores predisponentes pudieron ser la causa del curso fulminante de la mucormicosis.

Palabras clave: mucormicosis, estridor laringeo, inmunocomprometido, infeccion fungica, disfonia, odinofagia.

0523 Otitis externa maligna (OEM) con afección neurocraneal

Carlos Blanca Nohely, Radillo Hugo Alberto, Valencia Nicolás, Hernández Eufrates, Olán Francisco, Morales Zoila, Rojas Jahzeel, Tafolla Edgar
Hospital Gustavo A Rovirosa

Introducción. La OEM es poco común, afecta hueso temporal por diseminación de incisura Santorini y sutura timpanomastoidea, afecta pares craneales por efecto compresivo secundario. Afecta inmunocomprometidos: edad avanzada y DM (90%), siendo *P. aeruginosa* el patógeno más frecuente. Los pacs diabéticos se asocian por microangiopatía y endarteritis del canal auditivo, por decremento de difusión AB en tejido óseo necrótico. La mortalidad aumenta con parálisis múltiples de pares craneales. En 1987 Cohen y Friedman, después de analizar 107 casos, proponen criterios diagnósticos: 6 mayores (otalgia, otorrea, inflamación CAE, necrosis y gamagrama) y 5 menores (cultivo con Pseudomonas, cambios Rx, pares craneales afectados, senil e inmunocompromiso). **Caso clínico.** Hombre 83 años con DM2 y HAS. Inicia otalgia derecha, se extiende a región mastoidea y aumento de volumen, cumple múltiples AB sin mejoría. Posterior alteración visual y parálisis ocular derecha, se agrega disfagia, hipoacusia y parálisis facial. TAC cráneo daño óseo temporal y colecciones, amerita drenaje quirúrgico. Progresa deterioro neurológico por sepsis, con afección de pares craneales III, IV, V, VI, VII, VIII, IX y XII. Informe cultivos Pseudomonas spp, amerita mastoidectomía radical y ajuste AB. **Conclusión.** La OEM es un reto diagnóstico y terapéutico para cualquier especialista. Este paciente cumplió los criterios de Cohen y Friedman: 5 mayores y 5 menores.

Palabras clave: otitis externa maligna, *Pseudomona* spp, inmunocompromiso, afectación neurocraneal.

0529 Tratamiento antirretroviral en VIH y presentación de tuberculoma cerebral

Hurtado María Guadalupe[1], Arguello Jardiel[1], Ortega Horus Ramses[1], Hernández Roberto[2], Santillán Wendy Josefina[1]
1.Hospital Regional Salamanca PEMEX; 2.Hospital Central Norte PEMEX

Introducción. La tuberculosis del SNC ocurre en aproximadamente el 1% de pacientes con tuberculosis activa, secundario a diseminación hematógena de Mycobacterium tuberculosis con foco primario pulmonar y

la formación de pequeños focos subpiales y subependimales en el cerebro y la médula espinal. En algunos pacientes los focos se agrandan para formar tuberculomas sin meningitis. Los adultos inmunosuprimidos, especialmente con infección por VIH son susceptibles a enfermedades diseminadas incluyendo a SNC. Las características clínicas del tuberculoma cerebral sin meningitis dependen de su localización anatómica pero a menudo son asintomáticas. El diagnóstico definitivo es por aislamiento del bacilo por biopsia; sin embargo, no es lo que se recomienda en la fase inicial. Los tuberculomas responden bien a la terapia antituberculosa. **Objetivo.** Identificar factores de riesgo en pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral para desarrollar tuberculoma y su abordaje integral. **Caso clínico.** Hombre de 36 años reciente diagnóstico de infección por VIH (28 Linfocitos CD4, carga viral 123000 copias/mL) en tratamiento con emtricitabina, tenofovir y efavirenz que inicio hace 2 meses, acude por cefalea, cuadro confusional agudo, alteraciones de memoria y coordinación. Exploración neurológica sin alteraciones. Radiografía de tórax: patrón retículo intersticial bilateral difuso. TAC cráneo: Colapso del sistema ventricular. RM cráneo: Imagen sugestiva de tuberculoma talámico derecho, sin datos de hidrocefalia. Se realiza punción lumbar (citoquimico: color agua de roca, células totales de 0-2, no se observan leucocitos, glucosa 60mg/dl) y broncoscopia, en líquido broncoalveolar se detectó *Mybocacterium tuberculosis* por PCR con microarreglos de DNA. Se inició tratamiento con esteroide, antifimicos con mejoria del cuadro confusional y se reforzó tratamiento antirretroviral con efavirenz, lopinavir y ritonavir, con lo que mejoro sus condiciones generales. Conclusiones El compromiso neurológico en un paciente como el nuestro con VIH categoría 3B puede deberse a una mala adherencia o a esquemas de TARGA subóptimos. Es importarte el abordaje integral en estos casos incluyendo la búsqueda de otros focos primarios e iniciar el tratamiento antituberculoso oportuno y reforzar el tratamiento antirretroviral, ya que los trastornos cognitivos son una complicación frecuente de la infección por VIH, que incluyen desde deterioro cognitivo asintomático hasta demencia.

Palabras clave: infección por VIH, alteraciones, neurologicas, cefalea, antirretrovirales, apego.

0537 Síndrome de desgaste asociado a tuberculosis peritoneal, reporte de caso

Jiménez Diego, Niño Sandra Kira, López Alin Cristela, Fernández Joaquín Hernán, Contreras Candido, Delon Nahima, Martínez Reyna Edith

Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción. La tuberculosis representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, que afecta con mayor incidencia a países en vías de desarrollo. La OMS estima un incremento de su incidencia a nivel mundial de 6.6 millones de casos en 1990 a 8.9 millones en 2011. En cuanto a sus manifestaciones extrapulmonares la tuberculosis peritoneal corresponde al 6.6% de todos los casos. **Presentación del caso.** Hombre de 40 años con antecedentes de etilismo de 20 años ingesta 68.5 gr día. Inició dos semanas previas a su ingreso con dolor epigástrico, punzante, sin irradiacion, intensidad 7/10 de la EVA que cedía con administración de AINES, alzas térmicas no cuantificadas sin predominio de horario, con aumento del perímetro abdominal y evacuaciones tipo 6 en la escala de Bristol, pérdida de peso 7 kg, acudió con medico particular e inició tratamiento no especificado sin mejoría de los síntomas. Progresó con disnea grado 3 de la ATS. TA 110/70 FC 100 x´, FR 20 x´, Temp 37.3º, Peso 53 kg, Talla 1.58 mts IMC 21.23 kg/m2. Edad aparente igual a la cronológica, estado neurológico normal, abdomen globoso a expensas de ascitis grado II, dolor a la digitopresión media y profunda, con signo de la ola, matidez a la percusión en meso e hipogastrio, miem-

bros hipotróficos. Hb 12.5 g/L, leucocitos 7.780, albumina sérica 2.6 mg/dl. Paracentesis diagnóstica con citoquímico y citológico reportó leucocitos 450, PMN 5%, monocitos 95%, albumina 1.6, ADA 9.7 U/L. TAC de abdomen con aumento de la densidad de peritoneo por engrosamiento, se realizó biopsia de peritoneo con reporte histopatológico de reacción inflamatoria con granulomas caseificantes compatibles con tuberculosis peritoneal. Se agregó tratamiento antituberculosis de primera línea con adecuada respuesta clínica. **Conclusiones.** La tuberculosis es una patología que ha tomado mayor relevancia en los últimos años, por el aumento de su incidencia y por su resistencia a fármacos antituberculosis. Es indispensable tener la sospecha diagnostica debido a que en muchas ocasiones los parámetros de laboratorio no son del todo confiables y pueden generar mayores dudas en su interpretación.

Palabras clave: tuberculosis peritoneal, manifestaciones extrapulmonares, tratamiento antituberculosis.

0540 Tuberculosis diseminada en mujer con puerperio quirúrgico tardío

Contreras Candido, Niño Sandra Kira, López Alin Cristela, Fernández Joaquín Hernán, Jiménez Diego, Cabrera Ulda, Patricio Jaime

Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción. La tuberculosis representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, siendo los países en vías de desarrollo los de mayor incidencia; la organización mundial de la salud estima que su incidencia a nivel mundial ha aumentado de 6.6 millones de casos en 1990 a 8.9 millones en 2011 de los cuales 2.9 millones corresponden a mujeres en edad reproductiva y de estos una parte importante representa mortalidad obstétrica. **Descripción del caso.** Femenino de 26 años en puerperio quirúrgico tardío con COMBE positivo, menarca a los 14 años, gesta 1, cesárea 1. Inició padecimiento a las 12 semanas de gestación con cervicalgia súbita de intensidad 8/10 de EVA que limitaba movimientos de flexión y extensión sin factores exacerbantes o atenuantes, a la semana se agregó hipertermia de más de 38° C de predominio vespertino que cedía con la ingesta de paracetamol, acompañada de diaforesis nocturna, tos no productiva, emetizante y disneizante de predominio matutino y vespertino; durante el embarazo no tuvo incremento de peso, perdió aproximadamente 7 kg. Se realizó cesárea obteniéndose producto único vivo. Refirió en último trimestre de gestación tumor cervical bilateral de 3-4 cm doloroso, con aumento de temperatura, volumen, eritema local y drenaje espontaneo de material purulento. Una semana después de la cesárea persistió dolor en zona de drenaje por lo que acudió a su unidad médica quien refiere a centro de especialidad para valoración y tratamiento. TA 90/60 mmHg, FC 80, FR 18, Peso 41 kg, Talla 1.58 m, IMC: 16.4 kg/m2. Adenopatías bilaterales en cuello de 5 cm de diámetro, blandas, adheridas a planos profundos con salida de secreción purulenta escasa, con importante pérdida ponderal. Se realizó TAC toracoabdominal con reporte de patrón miliar pulmonar y engrosamiento intestinal en ciego, se complementó abordaje diagnóstico con colonoscopia visualizando lesión ulcerada con reporte histopatológico de granulomas caseificantes compatibles con tuberculosis intestinal. Se agregó tratamiento antituberculoso de primera línea con adecuada respuesta clínica. **Conclusiones.** El diagnóstico de tuberculosis pulmonar durante el embarazo es difícil debido a que se tiende a posponer la radiografía de tórax, pero la sospecha clínica es la herramienta más importante para el diagnóstico y tratamiento inmediato; la tos, los síntomas constitucionales y la pérdida de peso son importantes para considerar el diagnóstico. La tuberculosis en cualquiera de sus manifestaciones clínicas durante la gestación requiere el mismo tratamiento antituberculosis de forma inmediata para evitar mayor morbimortalidad en el binomio. Por esta razón

es importante tener un alto nivel de sospecha para realizar un diagnóstico precoz, ya que, si la enfermedad es diagnosticada y tratada oportuna y adecuadamente, el pronóstico materno y fetal es muy bueno.

Palabras clave: tuberculosis diseminada, puerperio quirúrgico tardío, tratamiento antituberculosis.

0548 Tuberculosis meningea, un tratamiento temprano impacta en el pronóstico

Cornelio Ramón Darío, Aburto Elsa, Velázquez Karla Abigail, Pérez Gabriel, Pérez Bernardo
UMAE H. Especialidades CMN SXXI

Antecedentes. *Mycobacterium tuberculosis*, se estima afecta un tercio de la población mundial, con 8.7 millones de nuevos casos cada año. En nuestro país existe una alta prevalencia de tuberculosis, alrededor de 19,000 casos nuevos de manera anual, siendo la presentación pulmonar la más frecuentes (84%). Los principales factores de riesgo para la progresión activa de la enfermedad son diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo y sida. **Objetivo.** Se describe un caso de un paciente, sin antecedentes de enfermedades crónico degenerativos, sin estado de inmunosupresión previo con TB meníngea. **Exposición de caso.** Masculino de 52 años de edad sin crónico degenerativos, Combe positivo, VHC, VHB, VIH negativos, de importancia solo tabaquismo y elitismo positivo, presenta un cuadro clínico insidioso, caracterizado por fiebre , tos, sin esputo, y posteriormente deterioro neurológico , en su valoración inicial su Rx tórax sugestiva de infección por tuberculosis pulmonar, se realiza Punción lumbar encontrándose hipoglucorraquia , hiperproteinorraquia y pleocitosis linfocitaria, se envía muestra para GeneXpert MTB reportándose positivo, se inició de maneta temprana manejo antifimico mas esteroides. **Conclusiones.** La tuberculosis meningea tiene una alta mortalidad y alto porcentaje de secuelas neurológicas en donde una alta sospecha clínica permitió realizar un diagnóstico e inicio temprano del tratamiento antifimico, terminando en una evolución favorable para el paciente.

Palabras clave: tuberculosis meningea, diagnostico, temprano, impacta, en, pronostico.

0550 Enfermedad de Pott y absceso de psoas por *Mycobacterium tuberculosis* en paciente no inmunocomprometido. Reporte de caso

Arias Karina Ivonne, Ayala Ivonne Alexandra, Reyes Jorge Eduardo, Campoverde Carlos Andrés, Ceceña Laura Elena
Hospital General de México Eduardo Liceaga

La tuberculosis ósea es rara, 1 a 3% de todos los casos. La inoculación vertebral se produce por vía hematógena, los abscesos paraespinales se pueden desarrollar por diseminación directa desde la lesión vertebral. Principalmente se afecta columna tóraco-lumbar y el dolor es la manifestación más frecuente, síntomas constitucionales como fiebre y pérdida de peso en < del 40%. Hay 2 tipos de compromiso óseo y articular asociados con la infección por TB: el tipo exudativo caseoso (destrucción ósea, inflamación local, formación de abscesos, síntomas constitucionales, en niños) y el granular (insidioso, menos destructivo, formación de abscesos menos común, en adultos). La TC y RM son valiosas para el diagnóstico, evalúan la extensión de las lesiones (osteólisis es la lesión espinal más sugerente de Tb). La confirmación se obtiene con identificación de *M. tuberculosis*, mediante cultivos o biología molecular. El tratamiento se basa en antifímicos y drenaje de los abscesos, manejo quirúrgico en casos con inestabilidad de la columna. **Reporte de caso.** Hombre de 34 años, antecedente de tabaquismo, alcoholismo y herida por arma de fuego con restos de proyectil en región pélvica sin complicaciones mayores. Inicia hace 6 meses con astenia, adinamia y dolor en columna vertebral opresivo, intensidad 9/10, irradiado a miembro pélvico derecho, remisión parcial con AINEs, y pérdida ponderal de 22 kg.

10 días previos al ingreso exacerbación del dolor hasta ser incapacitante. A su ingreso con dolor abdominal a la palpación profunda en hipocondrio y flanco derecho con induración en dicha región, hiperestesia en columna dorsolumbar y arcos de movilidad limitados por dolor. Estudios bioquímicos normales, TAC abdominal simple y contrastada con pérdida de la morfología del cuerpo vertebral T-10 con múltiples fragmentos y ensanchamiento de tejidos blandos circundantes, con extensión hacia espacio pleural derecho; la alteración se extiende a través de ambos psoas, predominio derecho, con lesión quística abarcando 2/3 proximales. Se continúa protocolo para tuberculosis con PPD negativo, se descarta infección por VIH. Se realiza drenaje de colecciones, obteniendo material verdoso purulento, prueba de Gen Xpert reporta M. tuberculosis sin resistencia a rifampicina, por lo que se inicia tratamiento antifímico por 1 año. El paciente es egresado por mejoría con seguimiento en clínica de Tb. La tuberculosis tiene múltiples manifestaciones, es importante considerar casos extrapulmonares para limitar complicaciones de la enfermedad.

Palabras clave: Pott, tuberculosis, absceso, vertebral, psoas.

0551 Presentación atípica de afección sistémica secundaria a infección por *Sporothirx schenckii*

Aburto Elsa, Enciso Ervin Saúl, Dávila Andrea
Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades de la UMAE Siglo XXI del IMSS

Introducción. La esporotricosis es una infección subaguda o crónica causada por *Sporothirx schenckii*, siendo categoriza en cuatro entidades, de estas la forma diseminada es una entidad poco común. En nuestro país, la incidencia exacta permanece desconocida sin embargo en regiones de alta endemicidad se presenta con una incidencia de 25/1000 habitantes. **Objetivo.** Describir la presencia de manifestaciones sistémicas no habituales por Sporothirx schanckii en un paciente no inmunodeprimido. **Exposición del caso.** Paciente masculino de 17 años de edad, originario de Guanajuato, campesino, sin antecedentes patológicos. Inicia 4 semanas previas con fiebre y pérdida no intencionada de peso de alrededor de 7 kg en el mismo periodo (12% del peso total basal), acompañado de lesiones dérmicas que se catalogaron de forma inicial como varicela, a los pocos días se agregan datos neurológicos, obteniendo LCR patológico (considerando probable encefalitis viral) por lo que se inicia manejo con Aciclovir y presenta reacción alérgica catalogada como síndrome de sensibilidad a drogas con eosinofília y síntomas sistémicos con datos de insuficiencia hepática; por lo que se envía a UMAE HECMN SXXI. Ante el estado inflamatorio y choque se inicia manejo con esteroide, con mejora parcial; al disminuir la reacción inflamatoria reaparecen las lesiones dérmicas, agregándose lesiones nodulares en cara anterior de pantorrilla izquierda que posteriormente se ulceran dejando cicatriz, sin un patrón de distribución uniforme, rodeadas de máculas hipercrómicas. Además a la exploración física se evidencia la presencia de linfadenopatías de aproximadamente 2 cm en cadena inguinal izquierda, corroborando hallazgos mediante estudios de imagen. Contaba con serología para VIH, hepatitis y TORCH negativos. Se decide toma de muestra de las lesiones, reportando el análisis histopatológico de biopsias de piel con presencia de dermatitis profunda aguda y crónica granulomatosa, con células gigantes multinucleadas asociadas a estructuras fúngicas levaduriformes, positivas con tinción de Grocott, se realiza cultivos de las lesiones con desarrollo de *Sporothrix schenckii*. Se estableció diagnóstico de esporotricosis diseminada mediante cuadro clínico, análisis histopatológico y cultivos de piel. Se da tratamiento a base de itraconazol vía oral, presentando resolución de todo el cuadro. **Discusión.** La esporotricosis diseminada es considerada una infección oportunista grave con afección

orgánica, acompañada de fiebre y pérdida de peso; datos pivote que presentó nuestro paciente. Esta presentación esta descrita en pacientes inmunodeprimidos, situación no presente en este **caso.** El diagnóstico se realizó mediante estudio histopatológico, con confirmación microbiológica; agregado a que todas las manifestaciones cedieron con la administración de tratamiento antifúngico.

Palabras clave: esporotricosis, manifestaciones sistémicas, paciente no inmunocomprometido.

0578 Bacteremia por *Raoultella planticola* en paciente portador de catéter venoso central

Pacchiano Lillana, Suárez Pablo Carlos, Flores Nicholas, Acosta David Neri, Peña Martín
Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos ISSSTE

Introducción. *Raoultella planticola* es un bacilo anaerobio Gram negativo oxidasa negativo no móvil, perteneciente a la familia Enterobacteriaceae, descrita e incluida inicialmente dentro de la familia *Klebsiella* spp, (*Klebsiella trevisanii*) se creía un microorganismo ambiental localizado en el agua y en la tierra no patógeno para el ser humano sin embargo desde 1984 se han descrito alrededor de 29 casos de infecciones de localización variada. **Objetivo.** Reconocer la importancia de este patógeno emergente como causa de infecciones en pacientes inmunocomprometidos. **Caso clínico.** Se trata de masculino de 52 años con antecedente de isquemia mesentérica en junio de 2016 que requirió la realización de anastomosis yeyunocólica con 160 centímetros de intestino delgado residual, por lo que requirió colocación de catéter central para la administración de nutrición parenteral posterior a la cirugía. En julio de 2017 presenta cuadro de fiebre hasta 39.5 C asociado a mialgias, artralgias, cefalea y episodios de escalofríos y temblor con ataque al estado general por lo que acude a consulta externa en Servicio de Apoyo Metabólico y Nutricio donde se toman cultivos de catéter central en ambos lumenes y periféricos, se envían a laboratorio y ante resultado preliminar de bacilo Gram negativo se envía al paciente con ceftriaxona intramuscular de manera ambulatoria durante 7 días con adecuada respuesta. La semana siguiente presenta nuevamente cuadro de fiebre y ataque al estado general por lo que se solicita su hospitalización, a su ingreso con TA 90/60 mmHg, FC 100 lpm, FR 22 rpm, Temp 38.5C, examen general de orina y radiografía de tórax sin alteraciones, laboratorios generales con leucocitosis (12 000 cc/mm3) se toman nuevos hemocultivos y se inicia terapia empírica con vancomicina, ceftriaxona y fluconazol. Se recaban los hemocultivos tomados la semana previa, los cuales reportan crecimiento de Raoultella planticola con más de 100 000 UFC, sensible a meropenem, ertapenem, tigeciclina, nitrofurantoína y ciprofloxacino, por lo que se decide iniciar manejo con meropenem 1 gramo cada 8 horas; este resultado se confirma en los hemocultivos tomados al ingreso. El paciente presenta adecuada respuesta clínica y se egresa a los 10 días con hemocultivos sin crecimiento bacteriano posterior a recambio de catéter central. **Conclusiones.** Presentamos el caso de un paciente masculino quien presente bacteremia por *Raoultella planticola* secundario a alimentación parenteral. Dentro de los 29 casos reportados en la literatura, solo dos corresponden a bacteremias secundarias a cuadros gastrointestinales. Como factor de riesgo, el paciente se encuentra la desnutrición crónica asociada a su patología y ser portador de una vía central por largo tiempo. Si bien se trata de un patógeno que rara vez causa infección en los humanos, el aumento en el reporte de casos debe mantenernos atentos de este potencial patógeno sobre todo en aquellos inmunocomprometidos.

Palabras clave: *Raoultella*, *Planticola*, desnutrición, infección, emergente.

0582 Trombosis venosa cerebral (TVC) asociada a infección por citomegalovirus (CMV) en

paciente con infección de virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Martínez Miguel Ángel[1], Castro Alejandrina[2]
1.Instituto Mexicano del Seguro Social HGR No. 1; 2.Hospital General de Ticoman

Introducción. La trombosis séptica de senos venosos es un desorden potencialmente fatal el cual con el uso de antibióticos de amplio espectro ha disminuido su mortalidad, los senos venosos más afectados son cavernosos, laterales y sagitales, la infección se esparce de una estructura adyacente como senos esfenoides, etmoides y cavernoso. La TVC secundaria a infección en órbita es raramente observada, en pacientes con VIH se ha observado un mayor riesgo de trombosis ya sea de tipo arterial o venoso. **Objetivo**: Reporte de un caso de trombosis de seno venoso sagital secundario a infección por citomegalovirus en paciente con infección por VIH. **Caso.** Masculino 19 años edad, antecedente de diagnóstico de infección por VIH en febrero 2017 sin tratamiento antirretroviral, toxicomanías (+) consumo de LSD, cristal, cocaína, marihuana y drogas parenterales, relaciones sexuales tipo hombres que tienen sexo con hombres (HSH), uso irregular de condón. Inicia padecimiento en noviembre 2016 con cefalea holocraneana intensidad 6/10 en la escala visual análoga (EVA) pulsátil acompañada de fotofobia, epifora, fiebre vespertina de 38.5C°, escalofrios y diaforesis que mejoran parcialmente con analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES) se agrega disminución súbita de agudeza visual ojo izquierdo progresando a amaurosis, posteriormente afectación ojo derecho, aumenta intensidad de cefalea a 9/10 EVA, persistiendo sintomatología acompañante. Valorado por oftalmología el cual establece diagnóstico de coriorretinitis bilateral por CMV se envía a hospital de infectología la Raza para iniciar tratamiento. Debido a persistencia de cefalea se realiza punción lumbar sin hallazgos patológicos, tomografía computada de cráneo con lesión hiperdensa en región de seno longitudinal superior de 46 UH, corroborándose mediante resonancia magnética en la cual se observa hipo intensidad en T1 e hiper intensidad en T2 en región de seno longitudinal superior. Se inicia manejo con enoxaparina y posteriormente acenocumarina 4 mg qd continua con tratamiento para infección por CMV y tratamiento antirretroviral altamente efectivo con TDF/FTC y EFV. **Conclusión.** La TVC secundaria a infección por CMV es una entidad rara la cual ha sido reportada en series de casos con una incidencia de 6.4% (3.6% de tipo trombosis arterial y 2.9% de tipo trombosis venosa), la teoría fisiopatológica más aceptada es la presencia transitoria de anticuerpos anti fosfolípidos demostrados in vitro en la infección aguda por CMV. Se requiere de estudios clínicos para llegar a resultados concluyentes de la incidencia real de esta patología en pacientes con infección por VIH, así como de los diversos patrones clínicos, bioquímicos y de imagen que nos orienten a sospechar en esta entidad.

Palabras clave: trombosis, venosa, cerebral, infeccion, VIH, citomegalovirus.

0589 Evaluación de la dosis diaria definida de antimicrobianos intravenosos en un hospital de segundo nivel

Guerrero Christian Clemente, Gallegos Hugo Alberto, Del Castillo Noelia Carolina, González José Ángel, Quiroz José Ángel
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La Organización Mundial de la Salud, favorece la vigilancia de antimicrobianos solicitando a los estados saber cómo y por qué usan y/o abusan de medicamentos en los pacientes. Actualmente la resistencia antimicrobiana es un problema de salud global, y la creación de nuevas terapias en inferior al desarrollo de resistencias de los microorganismos. La dosis diaria definida es una herramienta que refleja la utilización de antimicrobianos a nivel institucional y forma parte

de las evaluaciones iniciales para el inicio de medidas de prevención y regulación. **Objetivo.** Determinar la dosis diaria definida de antimicrobianos intravenosos y la diferencia hospitalaria con la establecida por la Organización Mundial de la Salud (ΔH-OMS), en el Hospital General de Zona No. 2. **Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, transversal en el área de farmacia intrahospitalaria. Se realizó la cuantificación en gramos de antimicrobianos intravenosos durante un periodo de 8 meses, se cuantificación el número de camas y el porcentaje de ocupación de la unidad. Se realizó el análisis comparativo de acuerdo a la dosis diaria establecida por el Centro de Colaboración de la OMS para la metodología de estadística de medicamentos. Los datos fueron analizados en una hoja de Excel, donde se calculo la dosis diaria definida y posteriormente se determinó el Delta Hospital-DDD de la OMS. **Resultados.** Se realizó el análisis de 24 antimicrobianos intravenosos, entre ellos Amikacina con DDD hospitalario de 10.5 (ΔH-OMS 9.5), Cefalotina 1.16 (ΔH-OMS -2.8), Cefepime 0.74 (ΔH-OMS -1.2), Ceftazidima 0.57 (ΔH-OMS -3.4), Cetriaxona 14.64 (ΔH-OMS 12), Cefuroxima 0.44 (ΔH-OMS -2.5), Ciprofloxacino 13.6 (ΔH-OMS 13.1), Clindamicina 10.02 (ΔH-OMS 8.2), Fluconazol 5.58 (ΔH-OMS 5.3), Levofloxacino 17.43 (ΔH-OMS 16.9), Metronidazol 10.28 (ΔH-OMS 8.7), Piperacilina/Tazobactam 0.33 (ΔH-OMS -13.6), Tigeciclina 1.58 (ΔH-OMS 1.4), Vancomicina 0.83 (ΔH-OMS -1.16). **Conclusiones.** La diferencia de la DDD de la OMS y hospitalaria es mayor en las cefalosporinas de tercera generación como ceftriaxona, y fluroquinolonas, específicamente levofloxacino, otros medicamentos como aciclovir, piperacilina/tazobactam y vancomicina se mantienen por debajo del DDD. El uso de la DDD da un valor estimado del consumo de antimicrobianos el cual debe de ser interpretado con precaución dentro de los comités de farmacoviligancia, para favorecer el desarrollo de medidas de regulación y actividades para el uso racional de antimicrobianos.

Palabras clave: dosis diaria definida, antimicrobianos.

0592 Goma sifilítica en paciente masculino VIH positivo. Reporte de un caso

Barragán Héctor Manuel[1], Calva Ashley[2], Espinosa Leopoldo[1], Matuk Yamil[1], Ortíz María Teresita[1], Uribe Guillermo[1]

1.Hospital General de Querétaro. SESEQ. Querétaro, Qro.; 2.Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro. Qro.

Introducción. Recientemente, las tasas de sífilis han aumentado entre los hombres homosexuales, especialmente en los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Varios estudios han postulado que Treponema pallidum (TP) en pacientes VIH-positivos invade el sistema nervioso central temprano en el curso de la infección y desarrollan neurosífilis (NS) con mayor frecuencia que la población general. El objetivo es presentar a un paciente con sífilis con un curso clínico inusual. **Presentación del caso.** Masculino de 33 años con VIH diagnosticado hace 11 años y síndrome de inmunodeficiencia adquirida fue visto en el Hospital General de Querétaro, para tratamiento y seguimiento. En esta ocasión se presentó a urgencias con pérdida de fuerza muscular de la extremidad pélvica derecha, con progresión proximal a distal y marcha parética durante un mes; asociado con la pérdida de peso y la fiebre nocturna 2 meses de evolución. Antes de la admisión, suspendió el tratamieto antiretroviral durante 8 meses y su recuento de CD4 + era bajo (nivel de ARN del VIH plasmático de 250.000 copias/ml y CD4+ 1 células/mm3). Resultados anormales de las pruebas de laboratorio. A su llegada, la sintomatología empeoró y se añadió pérdida de la fuerza muscular del miembro contralateral y del control del esfínteres. El examen físico mostró funciones mentales superiores, los nervios craneales y los signos vitales normales. Se identificó déficit motor en T4

con paraparesia, hiperreflexia generalizada 3/4+, parálisis bilateral de miembros inferiores, pérdida de sensibilidad superficial. La resonancia magnética (RM) de columna cervical mostró engrosamiento meníngeo, lesiones multi-nodulares intraaxiales en C2 y C6-7, y lo observado de la médula espinal torácica. La prueba VDRL® en líquido cefalorraquídeo (LCR) fue reactiva y la prueba de anticuerpos anti-TP fue positiva. **Conclusiones.** La goma sifilítica (GS) es una lesión granulomatosa localmente destructiva que suele ocurrir 3-12 años después de la sífilis primaria. Se producen en cualquier parte del cerebro o médula espinal. Las manifestaciones dependen de su topografía. El aumento de la prevalencia de NS en la infección por el VIH es 23,5% en los pacientes VIH positivos con sífilis no tratada, lo que contrasta con 10% en los pacientes VIH negativos. La presentación agresiva puede ocurrir con conteos altos o bajos de CD4+. El resultado positivo de CSF-VDRL tiene una alta sensibilidad para el diagnóstico de NS. La medición de los anticuerpos anti-TP en el LCR son el examen de referencia para diagnositcar NS, y la ausencia de estos para excluir NS; La RM es útil para diagnosticar la afectación del cerebro y la médula espinal con NS. El diagnóstico de GS es raro actualmente. La afección de la médula espinal por GS es un hallazgo excepcional.

Palabras clave: goma, neurosífilis, anticuerpos anti-TP, resonancia magnética, diagnóstico, tratamiento.

0596 Enfermedad de Weil asociado a linfoma anaplasico, una presentación como fiebre de origen oscuro. Reporte de un caso

Arias Karina Ivonne, Rodríguez Ameyalli, Sánchez Dora Alejandra, Flores Nataly Yatziri, Torres María Berenice, Pech Laura Olivia
Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga

Introducción. La leptospirosis es una enfermedad tropical causada por la bacteria espiroqueta. Esta se presenta con 4 categorías clínicas que van desde leve, simulando un cuadro gripal, hasta una presentación severa con falla multiorgánica. En México del 2000-2010 se ha reportado 1547 casos. La presentación más severa, la enfermedad de Weil caracterizada por ictericia, falla renal, hemorragia y miocarditis. Esta ha sido reportada hasta en el 10% de los casos y tiene una tasa global de letalidad del 5 al 10%. Hasta el momento solo se ha reportado 1 caso de leptospirosis en asociación con linfoma no Hodking. **Objetivo.** Exponer un caso de leptospirosis asociada a linfoma no Hodgkin como abordaje en el estudio de un paciente de fiebre de origen oscuro. **Exposición del caso.** Se presenta el caso de un hombre de 67 años, dedicado a la asistencia de un refugio animal. Quien inició su padecimiento 2 meses previos con astenia, adinamia, fiebre, tos no productiva y diarrea. Al examen físico con estertores crepitantes y saturación 85%, resto de la exploración dentro de la normalidad. Biometría hemática con leucocitosis, procalcitonina 3.3, Cr 1.6, Bilirrubinas totales 3.35, BD 2, BI 1.35, PT 5, albúmina 1.89, TGP 65, TGO 93, FA 416, GGT 338, DHL 1079, lactato 2.24. Ante los hallazgos iniciales y como abordaje de un paciente con fiebre de origen oscuro se realizó radiografía de tórax, hemocultivos, cultivo de líquido bronquial, urocultivo, coprocultivo, panel viral, marcadores inmunológicos y tumorales los cuales son reportados en parámetros normales. En su evolución persiste con fiebre por lo que se inició terapia antimicrobiana empírica con respuesta parcial. Estudios ulteriores en busca de infección por micobacterias, histoplasmosis y ecocardiograma negativos. Se realiza así mismo USG y TAC abdominal que reporta hepatoesplenomegalia, β2-microglobulina 2.4 y AMO hipocelular con granulación tóxica. Tras 2 semanas de persistir con fiebre se agrega dolor en hipocondrio derecho, nausea e ictericia evolucionó a choque séptico. Se realizó PCR y determinación de IgM positiva para Leptospira interrogans. Posteriormente desarrolló falla

multiorgánica con afección renal, neurológica y miocárdica sin responder a manejo médico, motivo de defunción. En la necropsia se reportó linfoma anaplásico de células B grandes con infiltración a múltiples órganos. **Conclusiones.** El diagnóstico de leptospirosis es un reto para el personal médico permaneciendo en muchos casos sin diagnóstico, esto en parte debido al curso de presentación bifásico, por lo que la sospecha clínica y la búsqueda del antecedente epidemiológico es indispensable. Por otra parte, cuando este coexiste con una neoplasia hematológica confiere un reto diagnóstico para el clínico que lo aborda, por tal motivo siempre de deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: *Leptospira interrogans*, fiebre de origen oscuro, enfermedad de Weil, falla multiorgánica, linfoma anaplásico, leptospirosis.

0604 Índice de Kirby como modelo pronóstico de mortalidad por sepsis en pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos adultos con diagnóstico de sepsis adquirida en la comunidad

Sánchez Alberto Onofre[1], Gálvan Hiram[1], Hernández Adriana Marcela[1], Reyes Miguel Ángel[2], De La Cruz Jorge Luis[1], Ochoa Nelson Eloy[1]

1.Hospital General de Reynosa; 2.Centro de Biotecnología Génomica

La hipoperfusión tisular observada en la sepsis ha sido estudiada mediante procedimientos complejos y costosos, siendo evaluado como marcador pronostico. La alteración de la membrana alveolo-capilar y la respuesta pulmonar secundaria puede evaluarse de manera sencilla mediante el índice de Kirby (IK), resultante del cociente entre el oxígeno encontrado a nivel sanguíneo arterial y el oxígeno que se le otorga al paciente durante la fase inspiratoria de la respiración (PaO2/FiO2), estableciendo como valor normal una relación mayor a 300. Se ha demostrado la correlación entre la alteración del IK y el daño pulmonar grave asociado a diversas patologías, siendo controversial su utilidad como marcador pronostico en pacientes que cursan con sepsis. El objetivo general de este trabajo fue determinar la correlación entre el IK y la mortalidad observada en los pacientes adultos con sepsis en un hospital público de segundo nivel de atención. Se diseñó un estudio prospectivo sin intervención incluyendo a pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos bajo diagnóstico de sepsis adquirida en la comunidad sin tratamiento antibiótico previo, provenientes de su domicilio, con toma de gasometría arterial y determinación de IK a las 24, 48 y 72 horas. Se incluyeron 44 pacientes (H23, M21) con edad promedio 49.7 años con una letalidad del 40.9% El IK promedio a las 24 horas fue de 248, a las 48 horas de 254 y a las 72 horas de 251. El análisis de correlación del IK y los días de ventilación mecánica a las 24 horas obtuvo un valor R2=0.3567 (p=0.03) (y= -4.9906), a las 48 horas R2=0.3204 (p=0.08) (y=-6.4443), y a las 72 R2=0.8705 (p< 0.0001). Mediante U de Mann Whitney los IK obtenidos en pacientes que sobrevivieron y pacientes que fallecieron mostraron diferencias significativas a las 24h (U=52, Z= 4.33, p< 0.05), 48h (Z=76, U=4.33249, p=< 0.05) y 72 horas (U=29, Z=3.7596, p=0.0016). Se determino un riesgo relativo de probabilidad de mortalidad asociado a un IK < 300 a las 24h (RR:7.5 [IC 95% 3-47]), 48h (RR5.5.6 [IC 95% 2.46-12.58]) y a las 72h (RR 12.5[IC 95% 5.03-32.06]). Se concluyó que en pacientes con sepsis adquirida en la comunidad que requieren ventilación mecánica un índice de Kirby < 300 a las 24, 48 y 72 horas se correlaciona con un mayor número de días de ventilación mecánica y un mayor riesgo relativo de mortalidad,teniendo la necesidad para su validación la realización evaluaciones subsecuentes a mayor escala y la comparación con las diferentes escalas de pronóstico empleadas actualmente.

Palabras clave: sepsis, índice de Kirby, mortalidad, ventilacion mecánica.

0608 Neuroinfección con ADA negativa en paciente con VIH no descarta tuberculosis: reporte de caso con respuesta a tratamiento antituberculoso empírico y recuperación neurológica

Reyes Oblesther, Mayoral Hector, Cruz Antonio, Escobedo Laura, Seriñá Luis Gabriel
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La tuberculosis es un problema global de salud pública con alta prevalencia. La OMS estima 1.4 millones de pacientes de tuberculosis seropositivos a VIH en 2008. La meningitis tuberculosa representa el 1% de las formas de tuberculosis, siendo la más grave, con mayor morbi-mortalidad que otras presentaciones. 30% mueren aun con tratamiento. El desenlace clínico se relaciona con el diagnóstico y tratamiento empírico temprano. **Objetivo.** Conocer la importancia de inicio oportuno de tratamiento antituberculoso en pacientes VIH positivo con neuroinfección y pruebas indirectas negativas para tuberculosis. **Exposición de caso.** Hombre de 29 años de edad con Diagnostico de infección por VIH positivo reciente sin antirretroviral, conteo CD4: 14 células, carga viral más de un millón de copias. Inicia padecimiento 4 días antes de su ingreso con cefalea holocraneana 8/10, fiebre y escalofríos, se agrega desorientación y estupor. Acude a urgencias por crisis convulsivas tónico clónico generalizadas, se inicia dosis impregnación y mantenimiento con fenitoina. Exploración física caquéctico GLASGOW 11 con rigidez de nuca signos de Brudzinski y kerning positivos. Tomografía de cráneo sin alteraciones. Estudios de laboratorio: Leucocitos 3.9, Neutrófilos 3.0, Hb 11.9, Plaquetas 134, Glucosa 90, Urea 37.3, Creatinina 0.7 Procalcitonina < 0.05. Punción lumbar: presión de apertura 20cmH2O, citológico y citoquímico: glucosa 64 microproteinas 63 células 3 transparente coagulabilidad nula. Cultivo bacterias, hongos, Galactomanano, gene Xpert, BAAR, TORCH negativos. ADA 0. Cultivo para micobacterias sin reporte durante su estancia. Se inicia tratamiento empírico con antituberculoso y esteroide. Posterior a 2 semanas de tratamiento recupera progresivamente estado neurológico, iniciando antiretroviral, con recuperación completa, a 3 semanas de su ingreso se otorga alta con seguimiento por consulta externa. a las 4 semanas reporte de cultivo LCR para micobacterias positivo, se realiza resonancia magnética con engrosamiento meníngeo bilateral predominio en hemisferio izquierdo fronto-parieto-occipital sugerente de hematoma subaracnoideo subagudo. Abordado por neurocirugía con craniectomía parietal derecha y drenaje de hematoma sin complicaciones. En seguimiento por clínica de tuberculosis e infectología con adecuada recuperación funcional. **Conclusiones.** En los pacientes con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral y conteo de CD4

Palabras clave: VIH, neuroinfeccion, tuberculosis, tratamiento, empirico, recuperacion.

0610 Evaluación de la resistencia microbiana en infecciones asociadas a los cuidados de la salud

Gallegos Hugo Alberto, Guerrero Christian Clemente, Del Castillo Noelia Carolina, González José Ángel, Díaz Juan Francisco, Acosta Luz María
Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes. La resistencia microbiana es un problema global que genera limitaciones en las opciones terapéuticas, incremento de la morbimortalidad y de los costos en salud; los bacilos gram negativos son un problema emergente en las unidades de atención secundaria. El análisis de los patrones de resistencia antimicrobiana brinda datos de la situación actual de la unidad y forma parte de la vigilancia. **Objetivo.** Determinar la resistencia antimicrobiana de las bacterias más frecuentemente asiladas en infecciones asociadas a los cuidados de la salud en una unidad de segundo nivel. **Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Se analizaron 89 resultados de cultivos en un periodo de seis meses de pacientes internados con diagnóstico de infección asociada a cuidados de la salud en un hospital de segundo nivel; se utilizó el sistema automatizado Vitek®2 para la identificación del microorganismo, la resistencia fue evaluada con el uso de tarjetas preestablecidas de antimicrobianos, basada en las recomendaciones del Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio por cada bacteria. **Resultados.** Los servicios de procedencia de muestras fueron 74.2% (n=66) de medicina interna, 14.6% (n=13) de cirugía general y 11.2% de la UCI. El 37.1% muestras respiratorias, 19.1% tejidos blandos, 14.6% urinario, 12.4% hemocultivos y 11.2% de accesos vasculares. En el 65% se aislaron bacilos gram negativos del siguiente modo: 22.5% (n=20), *Pseudomonas aeruginosa*, 19.1% (n=17), *Escherichia coli*, 12.4% (n=11) *Klebsiella pneumoniae*, 11.2% (n=10), *Acinetobacter baumanii*. *Acinetobacter baumanii* mostró resistencia en el 70% a piperacilina/tazobactam, cefazolina, cefepima, ceftriaxona, ciprofloxacino, meropenem. Escherichia Coli con resistencia en el 88.2% a ampicilina, 70.6% a ceftriaxona, 76.5% ciprofloxacino, *Klebsiella pneumoniae* presentó resistencia en el 72.7% a aztreonam, 90.9% ampiclina, 72.7% cefalosporinas, y gentamicina, 54.6% ciprofloxacino. Pseudomonas aeruginosa 35% a piperacilina/tazobactam, 70% cefepime, 85% ceftriaxona, 50% meropenem, 45% resistente amikacina, 55% gentamicina, y 60% ciprofloxacino. **Conclusiones.** Como en otras revisiones predominan los bacilos gram negativos en las infecciones asociadas a los cuidados de la salud, con alto desarrollo de betalactamasas de espectro extendido, y carbepenemasas, lo que genera resistencia a antimicrobianos de amplio espectro. El desarrollo de nuevos antibióticos está siendo rebasado por la capacidad de adquirir resistencia por las bacterias, llevando a la posibilidad de parecerse a la era preantibiótica. Es necesario realizar la regulación de los antimicrobianos y continuar con la vigilancia epidemiológica de estos agentes para contener el problema de salud pública.

Palabras clave: resistencia, antimicrobianos, infecciones, hospital.

0611 Síndrome de Lemierre por *Staphylococcus aureus* meticilino sensible

Esparza Denhi, Soto Juan Ignacio, Pérez Herlich Francisco
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. Esta entidad se considera un estado de sepsis secundaria a infecciones de cavidad oral y vías respiratorias, a lo que se agrega tromboflebitis de la vena yugular interna desde la que se originan émbolos sépticos. Se presenta el caso de hombre de 42 años de edad que presentó Síndrome de Lemierre como complicación asociada a acceso vascular central situado en vena yugular interna derecha. **Objetivo.** Describir un caso de Síndrome de Lemierre por Staphylococcus aureus meticilino sensible como agente aislado. **Descripción del caso clínico.** Hombre de 42 años, cursó con evento isquémico coronario, requirió intervencionismo, se colocó catéter yugular derecho y tuvo estancia en cuidados coronarios, tras 5 días inició con fiebre, piloerección, disnea y sensación de angustia, al mapeo vascular mediante ultrasonido doppler de cuello se observó defecto de llenado en la región yugular proximal, corroborado por imagen de tomografía axial computada. Tras una serie de 3 hemocultivos se desarrolló *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, recibió tratamiento con aminoglucósido y penicilina isoxazólica sin complicaciones, luego de obtener desarrollo negativo en el hemocultivo control, se decide egreso. **Conclusión.** Es una patología grave y su baja incidencia condiciona que el diagnóstico se retarde, el agente asociado habitualmente es *Fusobacterium necrophorum*. El tratamiento precoz disminuye las complicaciones hasta en 90% de los casos. En este caso se obtuvo evolución favorable.

Palabras clave: síndrome de Lemierre, tromboflebitis séptica yugular, *Staphylococcus aureus*.

0624 Hepatitis tóxico alcohólica y colitis pseudomembranosa en un paciente: una combinación fatal reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Seriña Luis Gabriel, Motola Miguel, Aguilar Georgina, Flores Andrea, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La hepatitis tóxico alcohólica es una entidad clínica con alta mortalidad en México reportándose que pacientes con hepatitis tóxico alcohólica severa, sin tratamiento estos pacientes tendrán mortalidad de 25 a 45% a un mes. En cuanto a la colitis pseudomembranosa es una entidad cada vez más frecuente en nuestros hospitales teniendo como factores de riesgo el uso de antibióticos, hospitalizaciones, enfermedades severas y edad avanzada. **Objetivo.** Documentar la importancia de sospechar de C. difficile en pacientes con enfermedades graves con diarrea intrahospitalaria, haciendo énfasis que las toxinas negativas no eximen de diagnosticar esta patología y existen otras opciones para realizar el diagnóstico. **Exposición del caso.** hombre de 57 años con Insuficiencia hepática Child Pugh C por etilismo; Ingresa al servicio de urgencias posterior al consumo de alcohol mayor de 100g/semana durante 2 semanas previas a su ingreso con astenia, adinamia, ictericia escleral la cual se hace progresiva presentando hepatalgia, antecedente de evacuaciones Bristol 6 sin características disentéricas, aumento de perímetro abdominal por distensión de asas intestinales afebril, se Diagnostica Hepatitis tóxico alcohólica, con Maddrey 77 ABIC 9 Glasgow 9 sin embargo por la presencia de diarrea no se inicia tratamiento con esteroide. Durante el internamiento cursa evacuaciones Bristol 7 y 8, aumento de perímetro abdominal, se realiza radiografía evidenciando distensión de asas intestinales de intestino delgado, a la EF con dolor en marco cólico y timpanismo, sin irritación peritoneal tacto rectal con heces blandas, mucosas. El paciente inicia con aumento en el patrón evacuatorio durante el internamiento; Sospechando diarrea intrahospitalaria, como primera opción colitis pseudomembranosa, se realiza coprológico el cual es negativo a diarrea inflamatoria, toxinas negativas. Continua con evacuaciones Bristol7, solicitando rectosigmoidoscopía, en la cual se evidencian pseudomembranas en la mucosa colónica, iniciando tratamiento. En 48h, el paciente inicia con aumento de perímetro abdominal, signos clínicos de ascitis negativos, agregandose hipotensión, lesión renal aguda, choque séptico, clasificando como colitis pseudomembranosa grave complicada, se realiza tomografía por sospecha de megacolon; Se inician enemas de vancomicina y metronidazol intravenoso con evolución tórpida, aumento de leucocitos doblando su cifra en comparación con su ingreso. Presentando paro cardiorespiratorio sin retorno de la circulación espontanea, sin ritmo desfibrilable, desafortunadamente el paciente fallece. **Conclusiones.** Debido a la sensibilidad que ofrece las toxinas (60%) es importante individualizar el tipo de estudio diagnostico a realizar ante el contexto de cada paciente, debido a que existen múltiples estudios de detección de colitis pseudomembranosa. Haciendo énfasis que los pacientes con enfermedades graves tienen riesgo de desarrollar esta patología dentro de los hospitales.

Palabras clave: colitis pseudomembranosa, *C. difficile*, toxina, hepatitis, tóxico alcohólica, diarrea.

0627 Miositis orbitaria por coxsackievirus B5

Jiménez Jesús, Calderilla Laura Gabriela, Solís César, Alcántar Ricardo, Vargas Sandra
Centro Médico ISSEMYM Toluca

Introducción. El coxsackievirus pertenece a la familia de los enterovirus, sus manifestaciones son comunes en lactantes

causando el síndrome pie mano boca en guarderías. También se han descrito casos de miositis focal a nivel orbitario con afección de músculos extraoculares presentándose de forma uni o bilateral, siendo una causa de diplopía. La fisiopatología de esta entidad aún no se conoce con certeza, se ha descrito el papel de la respuesta del sistema inmune ante el agente infeccioso, su diagnóstico es de exclusión requiriendo descartar otras causas de diplopía. **Objetivo.** Presentar el caso de un paciente con infección reciente por coxsackievirus B5 que se presentó con miositis orbitaria y diplopía. **Exposición del caso.** Mujer de 33 años de edad sin antecedente de padecimientos crónicos, hijo de 2 años que acude a guardería. Dos semanas previas a su ingreso presentó un cuadro enteral que se autolimitó sin tratamiento, posteriormente cursó con cefalea occipital opresiva 4/10 EVA, para posteriormente agregarse diplopía. A la exploración se encontraba con visión borrosa a la oclusión del ojo derecho, sin hiperemia conjuntival ni mayor afección de la cámara anterior del ojo, sin presentar parálisis de los músculos extraoculares, la fundoscopía se reportó sin alteraciones y el resto de exploración neurológica fue normal, no había tampoco lesiones dérmicas. Se le realizó protocolo de estudio de la diplopía con sospecha diagnóstica inicial de enfermedades desmielinizantes. El líquido cefalorraquídeo se reportó normal con celularidad 1, glucosa 66 mg/dl, proteínas 230 mg/L, con cultivo negativo para bacterias y BAAR negativo. La resonancia magnética de cráneo contrastada descartó lesiones desmielinizantes sin embargo mostró engrosamiento discreto del músculo recto medial del ojo izquierdo. Se descartaron enfermedades autoinmunes, anti DNA negativo,anticuerpos antifosfolípidos negativos excepto por anticardiolipina IgG positivos débiles con 24.5 mg/l no cumpliendo criterios para SAAF. El panel viral para VIH, hepatitis B, hepatitis C, perfil Torch y anticuerpos para Epstein Barr resultaron negativos. Los anticuerpos para coxsackievirus manifestó por miositis del músculo recto medial del ojo izquierdo y, a esar de que se ha descrito B5 resultaron positivos para infección reciente, con título 1:32. La paciente presentó remisión de la sintomatología a los 5 días de su ingreso sin haber recibido tratamiento. Se concluyó infección reciente por coxsackievirus B5 que condicionó miositis orbitaria izquierda desencadenante de la diplopía. **Conclusiones.** Después de realizar un amplio protocolo de estudio se concluyó que las manifestaciones enterales, el desarrollo de cefalea y la diplopía fueron secundarias a la infección por coxsackievirus. La diplopía se la necesidad de administrar esteroides para su tratamiento, en este caso la remisión fue espontánea. Ante un paciente con diplopía se requiere incluir en el algoritmo diagnóstico la infección por coxsackiwevirusB5.

Palabras clave: coxsackievirus, B5, miositis, orbitaria, diplopía, cefalea.

0633 Factores de riesgo para desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter baumannii* multidrogo-resistente en una Unidad Médica de Alta Especialidad

Guerrero Carlos
Unidad Medica de Alta Especialidad No. 25. Monterrey, Nuevo León

Antecedentes. La neumonía asociada a ventilación mecánica se presenta 48 a 72 horas posterior a intubación orotraqueal, en la últimos años ha aumentado el número de gérmenes multidrogo-resistentes (MDR en especial de patógenos emergentes como Acinetobacter baumannii (Ab), del cual se ha reportado incidencia de hasta 10 a 20%. Se han asociado factores de riesgo como: Usar antibiótico previo (90 días) al inicio de la ventilación, inmunosupresión y hospitalización prolongada (más de 7 días). Debido a complejidad patogénica, se dificulta el tratamiento y respuesta del mismo, condicionando aumento en

la tasa de mortalidad. **Objetivo.** Determinar factores de riesgo para desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica por Acinetobacter baumannii MDR, en la unidad médica de alta especialidad número 25, Monterrey, Nuevo León. **Material y metodos.** Se realizó un estudio de casos y controles anidado a una cohorte retrospectiva; representada por pacientes consecutivos sometidos a ventilación mecánica que desarrollen neumonía, de enero a diciembre del 2016. Se recolectó secreción bronquial, para confirmar el diagnóstico. Tomando como casos aquellos con Ab MDR y controles los que no tengan esta característica; valorando asociación con: Uso de antibiótico previo al inicio de ventilación, inmunosupresión y hospitalización prolongada. **Resultados.** Se reportaron 91 casos del NAVM en el año, pasando por terapia intensiva 67 (73%) pacientes, el resto se trato en hospitalización. Del total de casos de NAVM 84 (92%), tenian estancia prolongada, 50 (54%) fueron por AbMDR. Se documento antbiótico previo en 61 (67%) del total de pacientes, los más utilizados fueron quinolnas y cefalosporinas de 3ª generación, todos los casos de NAVM por AbMDR tuvieron antecedente de antibioticoterapia, siendo estadísticamente significativo con $p< 0.05$. Se identificó inmunosupresión en 34 (37%) pacientes con p 0.049. Ocurrieron 36 defunciones, de las cuales 25 fueron por AbMDR (69%), de los cuales 76 (83%) presentaron complicaciones relacionadas con sepsis. **Conclusiones.** Se encontró alta incidencia de NAVM por AbMDR en nuestro medio con más de la mitad de los casos registrados de NAVM en el año. Siendo la incidencia más alta comparada con la reportada en la litertura. Dentro de los factores de riesgo presentados el tiempo de hospitalización no mostro significancia estadística, ya que casi todos los pacientes con NAVM tenian estancia prolongada, en cambio el inmunocompromiso y sobre todo el uso de antibiótico previo se perfilan como factores representativos. Las quinolonas fueron los principales antibióticos relacionados, siendo este factor pronóstico clave, a tener en cuenta. La mortalidad en NAVM fue favorecida por el desarrollo de AbMDR (69%), como variable independiente. **Palabras clave:** neumonia, ventilacion, *Acinetobacter*, *baumannii*, resistente, antibiotico.

0643 Linfadenopatías en un paciente VIH positivo del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Aranda Mercedes, Caballero Lamberto Miguel, Flores Iván Fidel, García Sergio, Vásquez Fortunato
Hospital Regional de Alta Especialidad De Oaxaca

Introducción. La linfadenopatía periférica es un hallazgo común en pacientes con VIH y representa un reto ya que el diagnóstico diferencial es amplio, desde cambios inflamatorios reactivos, infecciones oportunistas, hasta neoplasias. **Objetivo.** exponer un caso representativo del abordaje diagnóstico de linfadenopatías en un paciente VIH. **Caso clínico.** Hombre de 22 años originario de Zacatepec Oaxaca. Sin antecedentes de importancia. En abril 2016 inició con hipertermia, diaforesis, astenia, pérdida ponderal de 5 kg en un mes y crecimiento ganglionar doloroso cervical derecho. El 18/09/2016 se observaron múltiples adenomegalias cervicales bilaterales, ahuladas, dolorosas y voluminosas (adenomegalia derecha de 2x3 cm, izquierdas de 3x4 cm en cara lateral y otra en ángulo cigomático de 3x3 cm el resto de la exploración fue normal. Se documentó ELISA para VIH + carga viral 53,642 copias/mL y 159 CD4/mL. Se realiza biopsia de ganglio cervical, patología reportó linfadenitis crónica granulomatosa y necrosis extensa. En la misma muestra se reportó: PCR para M. Tuberculosis y baciloscopía positivos. Se diagnosticó tuberculosis ganglionar en paciente con VIH C3 e inició fase intensiva de TAES y 5 semanas después Atripla egresando con seguimiento por la consulta. El 13/02/2017 refirió fiebre de predominio matutino de hasta

38.9 grados y persistencia de adenomegalias cervicales a pesar del apego al tratamiento. Se decide ingreso hospitalario para reabordaje con búsqueda intencionada de resistencias, coinfecciones o malignidad. Se solicitaron paraclínicos y nueva biopsia de ganglio cervical, ésta se envió a cultivo para bacterias, micobacterias y hongos; patología e inmunohistoquímica. En laboratorio se encontró DHL 3 veces arriba de lo normal. La nueva biopsia reportó Histoplasma capsulatum en cultivo agar dextrosa saborau y coexistencia Linfoma de Hodgkin clásico con celularidad mixta; la IHQ: CD30+, CD15+, MP1+. Se diagnosticó histoplasmosis diseminada y Linfoma de Hodgkin EC IVB, inició tratamiento con 1 mg/kg/día IV de amfotericina B deoxicolato y al término de los 15 días de tratamiento, se indicaron 8 ciclos de QT esquema ABVD. Al término del 1 ciclo de quimioterapia se egresó a domicilio por mejoría. Actualmente en tratamiento ambulatorio con DOTBAL, Atripla y sólo le falta un ciclo para terminar la quimioterapia con excelente respuesta clínica. **Conclusiones.** En este paciente documentamos no sólo el clásico binomio VIH-Tb, sino la coinfección más simuladora: el *Histoplasma capsulatum*, además de la neoplasia no definitoria más descrita: la Enfermedad de Hodgkin en su forma de presentación clásica. Todos los diagnósticos se realizaron con la prueba de referencia para cada enfermedad y a través de una intervención muy simple: biopsia excisional de ganglio cervical. Los autores resaltamos la importancia de estudiar de forma exhaustiva a los pacientes con VIH y ante la duda diagnóstica o falla terapéutica debemos replantear el diagnóstico y reabordar.

Palabras clave: linfadenopatías, VIH, tuberculosis, histoplasmosis, linfoma, coinfecciones.

0652 Presentación inusual de encefalitis por criptococosis diseminada

Cortés Fernando, Sánchez Carmen Alicia, Hermosillo Branda Alejandra, Morales Brenda Berenice, Rodríguez Iza Fernanda
Ángeles Mocel

Introducción. El criptococo es una causa importante de neuroinfección en pacientes con VIH, es esencial para el diagnostico estudio de líquido cefalorraquídeo. La terapia estándar utilizada es anfotericina B y fluconazol. Se ha propuesto la adición de sertralina ya que proporciona una potente actividad fungicida **objetivo.** Revisar la neuroinfección por criptococo en paciente con VIH, observar los métodos diagnosticos y las nuevas terapias de tratamiento. **Exposición del caso.** Masculino de 29 años, VIH/SIDA y neumonia por criptococo neoformans abril 2017. Inicia padecimiento hace 1 mes con desorientación en espacio, tiempo y persona, alucinaciones visuales y fiebre. RMN: Cambios de señal en la secuencia de difusión de tipo inflamatorio. EEG: Anormal por ritmo de fondo lento, desorganizado e hiporreactivo como señal de disfunsión cortico subcortical difusa. LCR: Incoloro, glucosa 9, Proteinas 108. Cultivo de LCR y hemocultivo con criptococo neoformans. Inicia tratamiento con Anfotericina B 100 mg c/24 h,dosis acumulada de 2 g, fluconazol 200 mg c/24 h hasta llegar a dosis de 800 mg, sertralina 100 mg c/12 h, con mejoría del estado neurológico, se realizó nuevo estudio de LCR aseptico. **Conclusiones.** En las infecciones por criptococo el pronóstico sin un tratamiento adecuado es mortal, habrá que tener en cuenta las infecciones fúngicas en pacientes con VIH, e iniciar el tratamiento oportunamente, la introducción de sertralina al tratamiento estándar ha dado buenos resultados.

Palabras clave: criptococo, VIH, diseminada, sertralina.

0688 Mucormicosis rinocerebral con parálisis facial

García Francisco Isai, Jiménez Christian Adrián, Moñoa Daniel
Hospital Juárez de México

Introducción. La mucormicosis es rara infección oportunista agresiva y mortal. Hay siete tipos, la mucormicosis rino orbital es la más común en la región de cabeza y cuello. se observan

en pacientes inmunocomprometidos, síntomas incluyen fiebre, ulcera nasal o necrosis, edema periorbitario o edema facial, parestesia y agudeza visual disminuida. La participación de nervios craneales, no es común y la parálisis del nervio facial es un hallazgo raro. La infección puede propagarse. En la enfermedad avanzada se observa equimosis, ptosis, proptosis, oftalmoplejia, ceguera y la parálisis del nervio craneal múltiple. La frecuencia de la parálisis del nervio facial en conjunción con mucormicosis rinoorbital cerebral es del 11%. Iniciar una terapia temprana apropiada produce un mejor pronóstico, mortalidad de 30-70%. En infecciones resistentes a anfotericina B, Posaconazol es un fármaco alternativo. **Caso.** femenino de 67 años de edad, hispana, originaria y residente de la Ciudad de México, casada, ama de casa, con escolaridad media básica. Niega alcoholismo o tabaquismo. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución tratamiento con Glibenclamida 10 mg al día y Metformina 850 mg / día, con mal apego. Inicia su padecimiento actual 24 horas previas con cefalea occipital sin exacerbantes o atenuantes a la que le acompaña vómito en 4 ocasiones en 24 horas de contenido alimenticio. Al interrogatorio directo con movilidad y sensibilidad facial disminuida de 2 meses de evolución con tratamiento a base de Prednisona 20 mg cada 24 horas. Sin mejoría. A la exploración física presenta ptosis palpebral izquierda con aumento de volumen en hemicara ipsilateral, obstrucción nasal bilateral, rinorrea anterior hialina, posteriormente mucopurulenta fétida y destrucción de paladar duro ipsilateral. Boca con comisuras labiales asimétricas con desviación hacia la izquierda con inexpresividad facial ipsilateral. Destrucción de paladar duro del cual se obtiene abundante material necrótico fétido A la exploración neurológica presenta parálisis del III par craneal bilateral, VII par unilateral izquierdo con aparente hipoacusia sin paresia corporal. Reflejos osteotendinosos no patológicos ++. Babinski negativo. Con hallazgos sugestivos de compromiso en región órbito - seno cavernoso. A la exploración oftalmológica se encontraron datos compatibles con oclusión de arteria central de la retina ojo derecho. Con sospecha de Trombosis de seno cavernoso Se realizó tomografía computada de región facial, sinusitis crónica de predominio izquierdo. se solicitó un estudio de resonancia magnética en la cual se confirmó compromiso en tejidos blandos identificando engrosamiento de la mucosa de ambos senos maxilares , esfenoidal y etmoidal, degeneración polipoidea de los cornetes medio e inferior del lado izquierdo con espolón contactante con el cornete medio izquierdo, así como edema generalizado en cara, de predominio en las regiones malares, con realce heterogéneo e

Palabras clave: mucormicosis, parálisis facial.

0692 Caso clínico de tuberculosis diseminada en mujer joven; realizando correlación con autopsia.

Centeno Belén, Castro Aureo Ángel, García Elizabeth
Hospital General de Acapulco

Introducción. La tb diseminada es una afectación concurrente de 2 o más órganos no contiguos, la vía linfohematica. **Objetivo.** Exponer la Importancia de los Estudios Patológicos. **Exposición del caso.** Fem de 28 años, originaria de Guerrero; habita medio rural, COMBE (-). Multigesta, puerperio mediato postaborto. Inició hemorragia vaginal, acudió a hospital regional donde diagnosticaron aborto incompleto, complicada con choque no especificado. Refiriendo al Hospital General Acapulco, ingresando Glasgow de 7 pts, ictericia generalizada, taquipnea, hepatomegalia, ascitis, edema de extremidades inferiores, dermatosis en hombro y brazo izquierdos (placas verrugosas de bordes definidos y úlcera central.) SV: TA 70/50 mm Hg, FC 154x´, FR 25x´, Temp 40 C, Sat 89%, ameritando intubación orotraqueal previa sedación y apoyo aminérgico; Laboratorio: Leu

17.099, Urea 66, Creat 1.6, Na 126, K 3, BT 4.3, BD 3.8, BI 0.52, TGO 161,TGP 94, Albu 2.4, VIH: (-), BAAR Orina y Expectoración: (-), Rx tórax muestra lesiones en "granos de mijo". Ingresó a UCI, se inició DOTBAL por 3 días, continuó apoyo aminérgico, cursó con evolución tórpida, presentó asistolia, falleciendo. Cultivo liquido Peritoneal: post 2 meses Res: (-). **Conclusión.** Tb diseminada es infrecuente. Los factores fueron desnutrición y estado fisiológico de embarazo. El cultivo de líquido peritoneal solo 50% puede ser positivo. La necropsia reveló nódulos miliares dispersos en ambos pulmones y pleura.

Palabras clave: tuberculosis, diseminacion, linfohematica, biopsia, autopsia, miliar.

0694 Reporte de caso: histoplasmosis intestinal y *Kocuria rosea* en un paciente con inmunodeficiencia común variable

Abud Jorge Hafid, Treviño Eduardo, Llamas Brian Javier, Moran Edith Margarita, García Edgar

Centro Medico ISSEMYM Arturo Montiel, Toluca

Introducción y Antecedentes. Paciente masculino de 21 años de edad, originario de Toluca, Estado de México, residente de Cuajimalpa, estudiante. Antecedente de Inmunodeficiencia Común Variable de 7 años de diagnóstico tratado con gammaglobulina mensualmente. **Objetivo.** La *Kocuria rosea* una bacteria ubicua en el ambiente y constituye parte de la biota normal del ser humano tanto en piel como en vías respiratorias y se han reportado en infecciones asociadas a dispositivos médicos en pacientes inmunocomprometidos. La histoplasmosis intestinal es una enfermedad rara con manifestaciones variables, principalmente descrita en pacientes con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, reportándose incidencia en México de 0.1 a 0.29 casos por 100,000. **Exposición del caso.** Paciente masculino 21 años de edad con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable desde los 14 años en tratamiento con gammaglobulina mensual. Presenta cuadro crónico de 4 meses de evolución caracterizado por tos productiva constante, disneizante y emetizante así como pérdida ponderal de 18 kilos en 6 meses. Hace 3 meses presentó cuadro de rinosinusitis aguda con descarga posterior purulenta y disfagia progresiva. Se agregó hemoptisis, fiebre de 39 oC y diaforesis de predominio nocturno, además de síntomas abdominales inespecíficos caracterizados por dolor difuso de moderada intensidad, sin acompañarse de cuadros diarréicos o de estreñimiento. Se sospechó de cuadro de tuberculosis, que fue descartado con tres muestras de baciloscopía negativas, PPD negativo, estudios de imagen (Teleradiografía y TAC Torácica) sin datos compatibles para dicha entidad. Se obtuvieron cultivos positivos de exudado faríngeo para *Kocuria rosea* y fue hospitalizado para recibir tratamiento antibiótico. Persistió sintomatología de disfagia severa y malestar abdominal, se realizó panendoscopia y colonoscopia reportando: Atrofia de mucosa duodenal, datos macroscópicos de proceso infiltrativo en íleon terminal a descartar linfoma. Resultados Histopatológico: Duodenitis aguda y crónica, ileítis aguda ulcerada y granulomas con células gigantes de cuerpo extraño con tinción Ziehl Neelsen negativa. Diagnóstico patológico de enfermedad de Crohn. Debido a cuadro clínico abdominal insidioso no compatible con diagnóstico patológico se solicitó revisión de biopsia por servicio de patología del INCMyNSZ, reportando diagnóstico de histoplasmosis intestinal por tinciones de PAS y Grocott. **Conclusiones.** La identificación temprana de infecciones oportunistas en pacientes con inmunosupresión es de suma relevancia ya que las consecuencias pueden ser catastróficas si el diagnóstico y el tratamiento se retrasan. La importancia de este caso radica en que la prevalencia de este tipo de infecciones es poco común y los pacientes no manifiestan una clínica característica de la en

Palabras clave: histoplasmosis, kocuria, inmunodeficiencia, fiebre, intestinal.

0699 Gran absceso hepático amebiano y abscesos esplénicos un caso poco común. Reporte de caso del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Aguilar Georgina, Seriña Luis Gabriel, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. El absceso hepático amebiano es la manifestación extraintestinal más frecuente la cual se adquiere por ascenso de la amiba através del sistema venoso portal. En estos pacientes la principal complicación es la ruptura del absceso hacia cavidad pleural y peritoneal en su mayoría. **Objetivo.** Documentar el caso de una paciente con complicaciones atipicas de abscesos hepáticos. **Exposición**. Mujer de 54 años, residente de CDMX con DM tipo 2, Hipertensión arterial, Hemicolectomía de causa desconocida por la paciente;Inicia 1 mes previo a su ingreso con dolor punzante en hipocondrio y flanco derecho,constante sin predominio de horario,disminuyendo con analgésicos no especificados.Se agregó intolerancia a la vía oral, astenia, adinamia,náusea, vómito de contenido gástrico y pérdida de 4kg de peso,evacuaciones Bristol7 no disentericas,hepatomegalia dolorosa a la palpación de 5 cm por debajo del borde costal, sin datos de irritación peritoneal. Se detecta seroameba sumamente elevada, coproparasitoscopico con amebiasis, liquido de absceso que presenta amebas;Se inicia tratamiento con ceftriaxona/metronidazol,con evolución torpida por presentar choque séptico y lesión renal aguda AKIN III, requiriendo HD, presenta posteriormente dolor abdominal en hipocondrio derecho subito, por lo que se sospecha de ruptura de absceso, se realiza tomografía en la cual se evidencian multiples abscesos hepáticos y abscesos esplénicos que abren a cavidad. Se presenta a cirugía, desgraciadamente la paciente fallece en la sala de quirofano. **Conclusión.** Se presentó el caso de una mujer residente de la Ciudad de México cuyo antecedente patológico de mayor relevancia fue diabetes mellitus tipo 2 en mal control y con complicaciones microvasculares del tipo retinopatía y nefropatía. Esto es relevante ya que este tipo de pacientes presentan alteraciones a nivel inmunológico como consecuencia de la modificación proteica debido a las altas concentraciones de derivados del metabolismo de la glucosa; cabe destacar de una alteración en la función de subpoblaciones celulares del tipo Th1 y Th17 así como disminución de los niveles de las células Treg las cuales se encargan de modular la respuesta celular proinflamatoria (2 lo cual los hace propensos para adquirir infecciones con mayor facilidad. La presentación del cuadro clínico es atípica debido a la presencia únicamente de evacuaciones diarreicas así como dolor en hipocondrio derecho,pérdida de peso y hepatomegalia, ausencia de fiebre, ictericia ni datos de colestasis, solo presentando multiples abscesos demostrados por ultrasonido y tomografía, incluso con abscesos esplénicos que comprometen la vida de la paciente.

Palabras clave: absceso hepático, Ameba, *E. hystolitica*, absceso, amebiasis, absceso esplénico.

0701 Endocarditis bacteriana asociada a colitis ulcerativa, una manifestación extraintestinal rara

Minor Nataly, Córdoba María Ángela, Davalos Ulises, González Wendy Carolina, Giraldo Diego Alejandro, Rosales Víctor Hugo
Hospital General de México

La colitis ulcerativa consiste en un desorden inflamatorio crónico dell tracto gastrointestinal, con un amplio espectro de presentaciones clínicas. Las manifestaciones extraintestinales son relativamente comunes en la enfermedad con una prevalencia variable de 6-47%, su inicio puede preceder incluso el diagnostico de la enfermedad. La asociación entre colitis ulcerativa y endocarditis bac-

teriana es rara, reportándose en un 1% de los pacientes afectados , dentro de los cuales el aislamiento de *Streptococcus gallolyticus* ha sido reportado. Presentamos el caso de un paciente masculino de 22 años de edad con antecedente de diarrea intermitente Ingresa a nuestro servicio por cuadro de crisis convulsivas y paresia de miembro torácico derecho, asociado a necrosis seca de falanges distales de miembro toracico derecho, lesiones de Janeway, hemorragias en astilla y Manchas de Roth. Como parte de protocolo diagnóstico se realiza RMN cerebral con evidencia de lesión fronto-parietal derecha compatible con absceso cerebral. Se toma biopsia de lesiones en falanges, con reporte de vasculitis leucocitoclástica. Con la alta sospecha de Endocarditis asociada a fenómenos embólicos se solicitan Hemocultivos con aislamiento de Streptococcus gallolyticus multisensible. Ecocardiograma transtorácico sin evidencia de lesiones valvulares. se inica terapia con meropenem, vancomicina y dexametasona como medida antiedema. Tras el retiro de esteroides comienza nuevamente con diarrea inflamatoria.

Palabras clave: endocarditis bacteriana, colitis ulcerativa, *Streptococcus gallolyticus*.

0706 Mucormicosis rinocerebral complicada con infarto cerebral arterial

Barragán Héctor Manuel[2], Vargas Marco Antonio[1], Hernández María Del Socorro[2], Peralta V[2], Martínez José Antonio[2], Vargas Marco Antonio[1]

1.Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro. Qro.; 2.Hospital General de Querétaro. Seseq. Querétaro, Qro.

Introducción. La frecuencia de mucormicosis ha ido incrementando en varios países, los factores de riesgo varían de huésped a huésped: *a)* Diabetes mellitus *b)* Trasplantes de órganos *c)* Leucemia *d)* Quimioterapia *e)* Desordenes hematológicos o linfoma. La clasificación según el sistema jerárquico "Catalogue of Life (Col)" posiciona a todos los agentes de mucormicosis en el orden de Mucorales, caracterizado por Es una infección oportunista y presenta variantes clínicas, las formas rinocerebral y pulmonar se presentan mayormente y están asociadas a una alta mortalidad; 78-100% y la forma cutánea, menos común, se asocia con baja mortalidad; 10%. La infección se puede adquirir por inhalación, ingestión o depósito de esporas en heridas, el hongo crece en las paredes de arterias y venas ocasionando la formación de trombos, isquemia y necrosis. El propósito es presentar un caso de mucormicosis visto en el Hospital General de Querétaro con rinocerebral e infarto de carótida común izquierda. **Caso.** Masculino de 55 años admitido el 7 de Junio 2017 al servicio de emergencias con cetoacidosis diabética e hipertensión arterial sistémica sin complicaciones severas ni crónicas, Galasgow de 9 puntos, peso 80 kg, altura 170 cm, IMC 27.7 kg/m2, SC 181cm2, FC 95x´, FR 18x´, TA 120/76 mmHg, Temperatura 36.5ºC, TFG 66 ml/min, bajo sedación con midazolam IV, con edema facial, mucosas deshidratadas, pupilas anisocóricas; izquierda midriática 4mm, derecha miótica 2mm, respiración de Kussmaul, aumento de volumen en zona periorbital izquierda con eritema y equimosis y glucemia capilar de 500 mmg/dL. El 11º dia se iniciaron antibióticos vía intravenosa: *a)* Clindamicina 600mg IV c/6 horas y *b)* Levofloxacino 750mg IV c/24horas. En el quinceavo día se administro Anfotericina B liposomal (0.3mg/kg/día), requirió 44 UI de insulina IV en 24 horas y nutrición parenteral. En el 21er día se realizó una tomografía de cráneo con contrastada la cual mostró necrosis de la región malar, involucrando el 1/3 medio de la hemicara izquierda, y nariz , infarto de carótida común izquierda, posteriormente se realizó un frotis de septum nasal y se envió al servicio de patología donde se demostró la presencia de filamentos gruesos y ausencia de septos consistente con infección por mucormicosis. El paciente falleció el 25º día por herniación transtentorial

Palabras clave: mucormicosis rinocerebral, cetoacidosis diabética, infarto cerebral por angioinvasión, mucorales, tomografía computarizada, tratamiento.

0708 Neumotórax espontáneo como presentación inicial de nemocistosis en paciente con infección por VIH

Hurtado Carlos Martín, García Vanessa Carolina
Hospital Juárez de México

Introducción. El neumotórax espontáneo es 450 veces más frecuente en pacientes con infección por VIH, con incidencia de 2-5% en dichos pacientes. La etiología puede ser primaria; asociada a tabaquismo o secundaria; asocociada a infecciones como neumocistosis, tuberculosis u otras infecciones bacterianas o fúngicas. **Objetivo.** Presentar un caso de neumotórax en paciente inmunosuprimido. **Exposición del caso.** Paciente masculino de 35 años de edad, originario y residente de la Ciudad de México. Antecedentes de importancia: Tabaquismo con índice de 15 paquetes/año. Inicio de vida sexual a los 18 años, con 5 parejas homosexuales sin protección. Acude por cuadro de 2 semanas de evolución presentando disnea progresiva y dolor torácico derecho progresivo, además de pérdida de 5 kg en 4 meses. A su ingreso con insuficiencia respiratoria. Se realiza tomografía de tórax donde se documenta patrón en vidrio deslustrado bilateral y neumotórax derecho. Se colocó sonda endopleural con lo que remitió neumotórax y se inicia antibiótico con claritromicina, TMP-SMX y esteroide. Se solicitó panel viral, siendo reactivo para VIH. Se realiza broncoscopía con lavado bronquioloalveolar; inmunofluorescencia para pneumocystis jirovecii positiva, resto negativo. **Conclusiones.** La infección por PJ activa o previa es un factor de riesgo para el desarrollo de neumotórax. La presentación radiográfica es diversa; con quistes, neumatoceles o neumotórax. El pronóstico es malo con mortalidad de 30 - 60%.

Palabras clave: neumocitosis, neumotórax espontáneo, infección por VIH, neumonía atípica, insuficiencia respiratoria.

0709 Mononucleosis infecciosa dentro del diagnóstico diferencial como etiología de síndrome febril

Hernández Daniel, Martínez Manuel, Hernández Adrián, Sánchez Eduardi, Hintze Juan Carlos, Sanson Sonia Lizeth, Gonzaga Teresa
Hospital Central Norte de Pemex

Introducción. Es una enfermedad causada por diversos patógenos de origen viral predominantemente Epstein-Barr. Dentro de las principales manifestaciones se encuentran: faringitis, fiebre y linfadenopatias; hematológicos leucocitos atípicos, monocitos atípicos, leucopenia, trombocitopenia. Generalmente tiende a autolimitarse con tratamiento sintomático, aunque por lo general se trata en primera instancia como un proceso de infección de vía aérea superior indicándose en la mayoría de los casos antimicrobianos, el cual solo justificado en casos de sobreinfección del tejido faringoamigdalino corroborado por cultivos, aislándose frecuentemente estreptococo beta hemolítico del grupo A. **Objetivo.** Sospechar mononucleosis infecciosa como parte del abordaje del síndrome febril en un paciente joven, asociado con alteraciones en línea hematopoyética y linfadenopatias generalizadas. **Caso clínico.** Masculino de 29 años, camillero de Hospital, Combe positivo, con un viaje reciente a Guerrero, sexualmente activo, refiere 5 parejas sexuales, niega relaciones de riesgo. Acude a urgencias con fiebre de 39.7 grados, escalofríos, mialgias, artralgias, con diagnóstico de faringitis aguda indicándose tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg, sin mejoría por lo que acude 2 días después con cuadro de dermatosis generalizada caracterizada por rash evanescente a la digitopresión, no pruriginoso, cefalea, faringodinia y fiebre de 40° Centígrados. Evidencia de ganglios supraclaviculares bilaterales, dolorosos a la pal-

pación, móviles, sin cambios de coloración en piel, además de ganglios submandibulares e inguinales con las mismas características, faringe hiperemica sin exudados. Leucocitos 2300, Neutrófilos 1100, linfocitos 800, hemoglobina 15.8, plaquetas 118, reacciones febriles negativas, panel viral para hepatitis, VIH y TORCH negativos, se mantiene en vigilancia con manejo sintomático. A las 48 horas con leucocitos en 4,200 y linfocitos en 1600, frotis con linfocitos atípicos, concluyéndose que cursa con un cuadro compatible con mononucleosis infecciosa. **Conclusiones.** La mononucleosis debe ser descartada en adolescentes y adultos jóvenes con fiebre, debilidad, linfadenopatías y faringitis en el examen físico. Los estudios de laboratorio que orientan el diagnóstico son la linfocitosis absoluta y relativa, trombocitopenia y linfocitos atípicos en el frotis, la positividad de la prueba de anticuerpos heterófilos hace el diagnóstico de certeza. En los casos en los que el diagnóstico no es claro se puede hacer serología específica, el tratamiento es de sostén, no se recomienda el tratamiento antiviral, corticosteroides o antibioticoterapia de rutina.

Palabras clave: mononucleosis, síndrome febril.

0714 Trombosis del seno cavernoso asociado a mucormicosis. Reporte de caso

Moreno Joaquín, Camacho Leslie, Rivera Esteban Josué, Santos Tiburcio Margarito
Hospital General De México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La mucormicosis es una infección micótica provocada por hongos del orden de los mucorales, siendo rhizopus el agente en 70% de los casos, con una incidencia estimada de 1.7 casos por millón de habitantes, siendo las neoplasias hematológicas y la diabetes mellitus los principales factores de riesgo, con una mortalidad entre 15-34%. **Caso clínico.** Masculino de 50 años, con diabetes mellitus de reciente diagnóstico, tabaquismo y etilismo positivo, quien inicia cuadro 1 mes previo a la hospitalizacion con aumento de volumen en región mandibular derecha, con dolor, hiperemia e hipertermia, fiebre no cuantificada, por lo que acude a valoración odontológica sometido a tratamiento dental no especificado y antibiótico con mejoría parcial agregándose 1 semana después edema palpebral derecho, ptosis, hiperemia conjuntival acudiendoa valoración médica, documentando descontrol glucémico, iniciando antibiótico, hidratación e insulina siendo egresado por mejoría. Una semana posterior con somnolencia, desorientacion, edema periorbitario, hiperemia e hipertermia periorbitaria y mandibular derecha acudiendo a valoración siendo hospitalizado. A su ingreso con Glasgow 6 puntos, anisocoria, midriasis derecha, celulitis periorbitaria, región nasal derecha con mucosa necrótica, lesión necrótica en paladar, síndrome piramidal completo proporcionado izquierdo, se realiza TAC de cráneo contrastada con infarto en territorio de la ACM izquierda con defecto de llenado en el segmento cavernoso de ACM, se sospecha de trombosis de seno cavernoso asociado a mucormicosis, se realiza visión directa de lesión en paladar con hifas hialinas cenocíticas confirmando mucormicosis, se inicia tratamiento médico sin embargo el paciente presenta evolución tórpida y desenlace fatal. Discusión La trombosis séptica del seno cavernoso es una condición poco frecuente que puede dar lugar a altas tasas de mortalidad y morbilidad si no se trata inmediatamente, que se caracteriza por ptosis, oftalmoplejía, diplopía y parestesia alrededor de la cavidad orbital. La mucormicosis rinoorbito-cerebral se confirma clínicamente con fiebre, rinorrea, dolor facial unilateral, disminución en la agudeza visual y en los movimientos oculares como en el caso reportado. En caso de afectación nasal puede puede extenderse a la órbita a través del conducto nasolagrimal y la invasión fúngica puede comprometer el globo ocular y la arteria de la retina y producir amaurosis. **Conclusión.** Se presenta el caso

al ser una entidad poco frecuente con una complicación rara con desenlace fatal y con confirmación por tomografía y visión directa.
Palabras clave: mucormicosis, trombosis del seno cavernoso.

0720 Reporte de un caso de tuberculosis espinal multiresistente

Gómez Dayana, Alvarado Alfredo, Martínez Hugo, Jasso Isabel, Ruiz Ivette, Ramírez Zazil
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Antecedentes. Masculino de 31 años de edad, politoxicómano, COMBE negativo. El cual ingresa en junio por un cuadro de urolitiasis aparente y pulmonar. Al interrogatorio destaca tos productiva de 22 cc de dos años de evolución, diaforesis nocturna y síndrome consuntivo . A la exploración física se encuentra síndrome de condensación basal izquierda sin otros datos relevantes a la exploración física. **Objetivo.** Reportar caso clínico de paciente con tuberculosis pulmonar y espinal con resistencia a isoniacida y estreptomicina a los 3 meses de tratamiento. **Exposición del caso**: Se da inicio de tratamiento antifímico posterior a la realización de baciloscopias las cuales resultan positivas. Al finalizar la fase intensiva, se ingresa por parte del servicio de neurocirugía por dolor lumbar y dificultad a la deambulación de un mes de evolución. Se realiza biopsia de hueso la cual se somete a tinción ZN y PCR que resultan positivas. En octubre se reporta resistencia a isoniacida y estreptomicina. Iniciamos manejo mediante rifater, isoniacida,rifampicina y etambutol. En octubre del 2016 se realiza segunda toma de biopsia de hueso reportando: BAAR : negativo, PCR: Positiva, cultivo negativo, TAC de columna aún con presencia de lesiones con mejoría moderada de síntomas. **Conclusiones.** Caso clínico el cual resultó un reto terapéutico en base a la continuación del tratamiento antfímico, cuyos datos clínicos,laboratorio y gabinete son la clave.
Palabras clave: tuberculosis, multiresistente, cultivo, PCR, hueso.

0724 Choque séptico por *Acinetobacter baumanii* en el paciente crítico

Robles Arturo, Esquivel Víctor Alejandro
Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco

Introducción. El género *Acinetobacter* comprende a los cocobacilos Gram-negativos, aerobios estrictos, no-fermentadores, catalasa-positivos y oxidasa-negativos. La mayoría de las especies se consideran microorganismos ubicuos y parte de la flora cutánea normal del humano. Específicamente, A. baumanii ha cobrado especial atención en las últimas décadas, ya que distintas cepas han mostrado poderosos mecanismos de resistencia a todos los -lactámicos, incluyendo carbapenémicos. **Objetivo.** Reforzar medidas de seguridad y reporte epidemiológico en México para *A. baumanii*. **Caso.** Masculino de 43 años, con antecedente de hipertensión arterial de larga evolución sin buen control, alcoholismo y tabaquismo. Acude a la unidad de urgencias por presentar dolor abdominal, nausea, vómito, temblor y crisis convulsivas. Se valora clínicamente y por estudios de laboratorio, encontrando importante elevación de azoados, hiperkalemia, acidosis metabólica severa y anemia normocítica normocrómica. En base a lo anterior se inicia manejo médico y se coloca catéter para hemodiálisis de urgencia. Al regresar de hemodiálisis el paciente cae en paro cardiorrespiratorio, por lo que se realiza intubación orotraqueal y queda en estado vegetativo. A las 24 horas de intubación, se detecta neumonía asociada a ventilador y se indica tratamiento. Posteriormente cursa con fiebre y en los estudios de laboratorio se reporta A. baumanii en hemocultivo periférico y urocultivo, así como elevación de reactantes de fase aguda y procalcitonina. Dos días después de iniciado el manejo antibiótico con carbapenémicos, el paciente cae en choque séptico y se inicia manejo con aminas. Tras 10 días de manejo médico el paciente presenta

evolución tórpida, presentando falla orgánica múltiple, sin lograr remitir proceso infeccioso. **Conclusiones.** En Latinoamérica, se han reportado tazas de no-susceptibilidad a meropenem, imipenem, ceftazidima, piperacilina-tazobactam y ciprofloxacino dentro de las más altas a nivel mundial. Las OXA-B-lactamasas son las enzimas responsables de los mecanismos de resistencia y en base a ellas, se han hecho determinaciones fenotípicas y genotípicas de las distintas cepas reportadas. Recientemente, se identificó en México la secuencia genómica completa de blaOXA58 A. baumanii. También en nuestro país, se identificó que existe una correlación entre la producción de biofilm y la persistencia del microorganismo en el medio nosocomial. Más aún, se reporta una susceptibilidad del 100% a polimixina B. En cuanto al pronóstico, existen reportes nacionales que documentan una clara incidencia de sepsis y choque séptico en más del 80% de los pacientes infectados, así como una mortalidad de hasta el 45%. Lo anterior, debe poner en alerta a los servicios de epidemiología a nivel nacional para reportar casos emergentes, reportar susceptibilidad y crear guías nacionales en base a resultados aplicables para nuestra población.

Palabras clave: *Acinetobacter*, choque, sepsis, *baumanii*.

0730 Criptococosis diseminada y fulminante resistente a tratamiento óptimo en una paciente con inmunocompromiso

Rojas María Isabel[1], Cerda Fidel [2], Lozada Carlos Alberto[3], Bernache Viridiana Berenice[3], González Jorge[3], Escarela Maricela[2], Rodríguez Andrea[2]
1.ISSSTE/SSA; 2.ISSSTE; 3.SSA

Introducción. La criptococosis meníngea es la 2ª infección más frecuente en pacientes con inmunocompromiso, también presente en inmunocompetentes, originando por *C. neofornans* y *C. gatti*. La afectación mas frecuente es la pulmonar, la forma meníngea es la mas grave con mayor mortalidad, siendo alta a pesar del tratamiento antifungico. El tratamiento de elección depende de la fase de este, siendo con anfotericina B liposomal, flucitocina y fluconazol, mayor a 1 año en la fase de mantenimiento. Se han reportado casos de resistencia al mismo, siendo en casos de largos periodos de tratamiento. Los mecanismos por los que se adquiere la resistencia son los mismos que resultan en pérdida de virulencia. Un mayor número de casos de resistencia reportados es con Fluconazol. Descripción del caso Femenino de 54 años con DM tipo 2, HAS hace 2 años, tratada con Metformina 850mg/día, Captopril 25 mg/día, artritis reumatoide desde los 20 años tratada con Cloroquina 150 mg 4/día, MTX 7.5 mg/día, Prednisona 10 mg/día, Tramadol c/ paracetamol 3/día. TVP en 2016, tratada con Dabigatran 110mg 2/día. Hipotiroidismo tratada con Levotiroxina 100 mcg/día. Alérgia: Enoxaparina. Inicia 2 meses previos a ingreso con fiebre de 39 ºC , cefalea, artralgias, pérdida de 10 kg, dificultad respiratoria. En abril del 2016 se diagnostica derrame pleural y masa pulmonar basal izquierda por radiografía y TAC, sospechando CA pulmonar, se realiza biopsia de ganglio axilar izquierdo con tinción positiva para criptococo. Punción lumbar reporta LCR: pH 8, gluc 29, leu 74, linfos 96%, tinta china (+), con levaduras capsulares, gram (-). Laboratorios iniciales: Leucos 6560, neu 5570, linfos 630, Hb 9.5, plt177, gluc 83, BUN 11, cr 0.7, k 3.4. Inicia tratamiento en mayo 2016 con Fluconazol 800 mg/día y Anfotericina AB 5mg/kg/día, Posteriormente desarrolla insuficiencia respiratoria aguda requiriendo apoyo mecánico ventilatorio en julio del 2017, posteriormente se realiza traqueostomía. Conclusión Los casos reportados de pérdida de susceptibilidad al tratamiento se debe a periodos largos de tratamiento, produciendo cambios morfológicos que originan pérdida de virulencia del patógeno con alteración del reconocimiento del sistema inmune del huésped y con esto la diseminación de la infección, siendo determinante en las complicaciones. Los múltiples genotipos

de *Criptococo* presentan diferente sensibilidad a los azoles y manifestaciones clínicas. La baja susceptibilidad al tratamiento de algunos genotipos hacen difícil la fase de mantenimiento, siendo recomendada su evaluación para establecer y monitorizar el tratamiento y la tendencia de resistencia. En este caso llama la atención la presentación en una paciente con único factor de riesgo el uso de corticoesteroides, y a pesar de recibir tratamiento óptimo no presentó mejoría del cuadro infeccioso, persistiendo con la afectación diseminada fulminante. Presentando edema cerebral importante y persistente.

Palabras clave: criptococo, meningitis, pulmonar, resisente, tratamiento, inmunocompetente.

0731 Evento vascular cerebral isquémico asociado a infección aguda por *Rhizomucor* sp

Cruz Rodrigo Zenón[1], Souza Ana Gabriela [2], Cruz Antonio[1], Pérez Jorge Ramiro[1]
1.Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; 2.Hospital Regional de Tlalnepantla

Introducción. La mucormicosis es una infección fúngica oportunista rara, de evolución fulminante, causada por el género de hongos mucorales. La afectación cerebral puede ocurrir ya sea por contigüidad secundario a invasión rino orobital; sin embargo, la mucormicosis puede presentar crecimiento angiocentrico lo que resulta en una arteritis trombotica e isquemia cerebral, además de documentarse casos de eventos aterotrombóticos secundario a émbolos sépticos. **Objetivo.** Reportar la afectación e involucro del sistema nervioso central en un paciente con infección por mucormicosis. **Presentación del caso.** Se trata de másculino de 36 años, con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 1, con mal apego a tratamiento, el cual presenta cuadro de 72 horas de evolución caracterizado por cefalea acompañado de dolor ocular derecho, disminución de la agudeza visual, y sensación de hemiparesia en hemicara derecha, así como hiposmia por lo que acude a valoración a servicio de urgencias. A su ingreso con evidencia de aumento de volumen en región periorbitaria derecha, hiperemia, calor y dolor a la palpación, con dificultad para realizar movimientos oculares, y alteración de la sensibilidad, con presencia de lesión hipercrómica, fétida, con exudado purulento en región de paladar. Laboratorios con glucosa central: 433, creatinina 1.6, urea: 89mg, albúmina: 3.8 gr, Na: 141, K: 4.3, Cl: 101, gasometría arterial: pH: 7.19, pCO2: 38 mmHg, pO2: 77mmHg, HCO3: 12, anión gap: 28. Se inicia manejo para cetoacidosis diabética con remisión de la misma, cumpliendo criterios; sin embargo 24 horas presenta deterior neurológico súbito, con pérdida del estado de conciencia, crisis convulsivas tónico clónicas, de 3 minutos de duración, parálisis facial central izquierda, hemiparesia izquierda, requiriendo manejo avanzado de la vía área. Se realiza tomografía simple y contrastada que reporta evento vascular cerebral isquémico subagudo en territorio de arteria cerebral media derecha ramas M1 y M2, así como alteraciones en el llenado de arteria carótida interna derecha, celulitis orbitaria postseptal derecha, proptosis y afectación del globo ocular. Hallándose en examen directo de secreción ocular hifas hialinas cenocíticas, dicotoómicas en relación a Rhizomucor sp. Cursando con disfunción hipotalámica con presencia de hipertermia maligna y diabetes insípida y posteriormente defunción pese a tratamiento médico agresivo. **Conclusión.** El caso reporta una etiología inusual de un evento vascular cerebral isquémico, en el que no existe terapia o tratamiento oportuno; y que pese a que el paciente curso con tratamiento médico agresivo a base de anfotericina B liposomal el desenlace fue fatal. Lo que ilustra el curso fulminante y diverso de la enfermedad. Por lo que es necesario sospechar de este tipo de complicaciones y cuadros infecciosos en pacientes con factores de riesgo tales como diabetes mellitus descompensadas o inmunocompromiso.

Palabras clave: evento vascular cerebral isquémico, mucormicosis, diabetes mellitus, cetoacidosis.

0732 Ramsay Hunt syndrome: case report and review of literature

Barragán Héctor Manuel[1], Hernández Martín De Jesús[2], Jiménez Omar[3], Azpront Lorena[4], Barrinagarrementeria Fernando[5]
1.Hospital General de Querétaro. SESEQ. Querétaro, Qro.; 2.Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro. Qro.; 3.Hospital General de León, Gto.; 4.Hospital Ángeles Querétaro; 5.Hospital HMAS Querétaro, Qro.

Objective. We present a case report of a 46-years-old female, with no past medical history. She develops, a left, retroauricular and occipital erythematous vesicular rash on day 1. The rash was described as a burning pain with a score of 9/10 in the visual analogue scale (VAS treatment with valacyclovir for varicella zoster virus (VZV) was initiated. On day 12 she returns due to pain and left-side facial palsy. During the physical examination, the vesicular rash was appreciated on the anterior pillar of the pharynx, external auditory conduct and cervical region; these lesions on the left-side. New findings contribute to the diagnose of Ramsay Hunt Syndrome (RHS). Acyclovir, prednisone, gabapentin and rehab therapy was added to the treatment. **Materials & methods.** Anamnesis, physical and neurological examination, laboratory exams, electrocardiogram and brain imaging were performed. Simple and contrast magnetic resonance (MR) of encephalon were performed; special attention was paid on cranial nerves and brainstem. We could identify an enhance of the VII cranial nerve in the internal auditory canal (T1 sequence with gadolinium). **Results.** Full recovery was achieved due to prompt treatment with corticosteroids, antiviral and facial rehab therapy. **Conclusión.** Facial palsy occurs annually in 30 of 100 000 individuals in the general population; RHS incidence is 5 of 100 000 people, being the second most common cause of atraumatic peripheral facial paralysis. It is also a rare and severe complication of VZV, this entity is clinically characterized by otalgia, vesicles in the pharynx/auditory canal and facial palsy. Without treatment, full recovery of the facial paralysis occurs in as little as 20% of cases. Early identification of the syndrome and prompt treatment prevents future complications of RHS.

Palabras clave: síndrome de Ramsay-Hunt, herpes, nervios craneales, resonancia magnética, diagnóstico, tratamiento.

0746 Tuberculosis y mucormicosis pulmonar en paciente con inmunosupresion

Jiménez Omar, Arriaga Hector David, Nuñez Andrea, Pérez Sandra Daniela, Lara Jose Bernardo, Velez Lourdes Noemí, García J. Rosalba
Hospital General de León, Guanajuato

Objetivo. Integrar presentación clínica y patología en un paciente con Tuberculosis pulmonar (TBP) y Mucormicosis pulmonar (MP). Femenino de 58 años y ama de casa. Antecedentes heredofamiliares: madre con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Personales no patológicos: DM2 de 15 años de detección y en tratamiento con antidiabéticos orales. Neumopatía intersticial (no clasificada) en tratamiento con Azatioprina 50 mg vo c/12 hrs. por 2 años. 3 meses con tos no productiva, no emetizante y no disneizante. Pérdida > 10 kg, no intencionada en 1 mes atribuida a hiporexia; diaforesis profusa y vespertina de 2 meses. 3 semanas con hemoptisis en varias ocasiones y dolor torácico de tipo opresivo con 6/10 EVA, no irradiación, intermitente, sin causa exacerbante y mitigante parcial con AINEs. Material y métodos: SV: FC 78, FR 20, TA 110/80, Temp. 38° c. Exploración física: neurológico y cardiovascular normal. Presencia de estertores crepitantes bibasales difusos y disminución del claro pulmonar. Biometría hemática normal. Tp 25, TTp 29.3, INR 1.1, creat 1.5., urea 93, perfil hepático y electrolitos

séricos normales. Panel viral: VIH, VHB, VHC y VDRL negativos. EGO: normal, P y C-ANCA, ANA, anti-DNA, Anti–CCP, Anti-membrana basal glomerular negativos. Radiografía de tórax: infiltrado de llenado alveolar basal derecho y nódulos. Tomografía computarizada de tórax: 3 imágenes nodulares sólidas heterogéneas en lóbulo superior derecho; y con reforzamiento poscontraste, y con necrosis. Lesión cavitada en segmento superior del lóbulo inferior de pulmón izquierdo. Se realizaron 3 baciloscopias y Reacción de cadena de polimerasa (PCR) de expectoración negativos para M. tuberculosis. Lavado bronquial con PCR para M. tuberculosis, positivo. Abundantes hifas gruesas, pálidas y sin septos compatible con MP. Tratamiento: Antifímico en fase intensiva (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol) y Anfotericina IV liposomal con una dosis acumulada de 3.1 gr. Se suspendió por elevación de azoados (creat 2.5), presentó hipokalemia e hipomagensemia persistente. Se realizó toma de biopsia con reporte: zonas extensas de necrosis caseosa, rodeada por células epiteloides y tinción Ziehl Neelsen positiva. Discusión: La MP se presenta como: neumonía con infarto y/o necrosis. Puede diseminarse contiguo (mediastino) y sistémica por vía hematógena. Presentación clínica: hemoptisis que puede ser masiva. Factores de riesgo (FR): 1) Diabetes mellitus (36% 2) Neoplasias hematológicas malignas (17% 3) Tratamiento con glucocorticoides y/o inmusupresores (10% y otros. La TB. con una clínica insidiosa: tos, pérdida de peso, fiebre, hemoptisis diaforesis vespertina y otros. **Conclusión.** La TB y MP requiere un manejo multidisciplinario, donde la biopsia adquiere importancia fundamental para llegar a un diagnóstico definitivo. Con buena evolución clínica al momento en fase de mantenimiento para la TB.

Palabras clave: mucormicosis, tuberculosis, histopatologia, anfotericina, antifimicos.

0747 Enfermedad diseminada por citomegalovirus en paciente con infección por VIH bajo tratamiento antirretroviral: colitis sintomática y retinitis asintomática

González Marusia
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

Se presenta el caso de masculino de 49 años con infección por VIH desde hace 1 año, bajo tratamiento antirretroviral, buen apego.Inició padecimiento 4 semanas previas a su atención con diarrea caracterizada por evacuaciones de heces semisólidas, frecuencia de 8-9 episodios al día, los cuales lo despiertan por las noches. Cuatro semanas después, se agregan náusea y vómito, por lo que acude a urgencias. A su visita a la sala de urgencias, se le encuentran signos vitales estables y con deshidratación. Exámenes de laboratorio, únicamente hiponatremia hipoosmolar hipovolémica. Se hidrata intravenosa y se ingresa al hospital. Para abordaje de diarrea crónica, se solicitan: físicoquímico de heces, el cual reporta abundantes leucocitos; coprocultivo, coproparasitoscópico, y parásitos oportunistas en heces, todos resultan negativos. Se decide practicar colonoscopía con toma de biopsias. Se encuentran múltiples úlceras en colon y recto. Se toman biopsias reportándose: en tinción de HyE, se evidencian células de endotelio vascular con núcleo grande, hacia la periferia en "ojo de buey". Ante sospecha de tratarse de infección por citomegalovirus, se efectúa tinción de inmunohistoquímica, la cual resulta positiva. Como parte del abordaje de paciente con VIH, se solicita valoración oftalmológica, detectándose datos de retinitis por CMV. Se confirma carga viral <10copias/ml en LCR. Se concluye diagnóstico de enfermedad diseminada por CMV (Colitis, Retinitis). Se inicia valganciclovir oral.

Palabras clave: citomegalovirus , diseminado, colitis, retinitis, inmunocompretido.

0765 Nocardiosis pulmonar en un paciente inmunocompetente

López Viridiana, Esquivel Jennifer

Hospital General de Cuernavaca

SRM masculino de 85 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, con mal apego al tratamiento. Inicio su padecimiento de un mes de evolución con tos crónica y pérdida de peso no cuantificada; posteriormente se agregó dolor de tipo pleurítico en tórax posterior en hemitorax izquierdo, disnea y fiebre no cuantificada de predominio nocturno. Se encontró despierto, cardiopulmonar se integró síndrome de derrame pleural izquierdo, sin presencia de estertores ni sibilancias, ruidos cardiacos normales, sin agregados, resto de la exploración física normal. Con radiografía de tórax a su ingreso donde se aprecia una imagen radiopaca homogénea en hemitorax inferior izquierdo. Se realizó toracocentesis diagnóstica en la cual se reportó aspecto purulento, pH 6.50 leucocitos 57200 mm3, Tinción Gram con abundantes cocos gram positivos PMN 95%, MN 4%, glucosa 243 mg/dl, DHL 7991 U/L, proteínas 3.20 g/dl Glucosa sérica 70 mg/dl, BUN 28 mg/dl, urea 60 mg/dl, creatinina 1.10 mg/dl, ácido úrico 3.6 mg/dl, DHL 344 U/L, proteínas totales 6.4 g/dl, albúmina 2.8 g/dl. Hb 11.2 g/dl, VCM 90.2 fl, HCM 31 pg, leucocitos 21 630, neutrófilos 17 350, linfocitos 2 360, plaquetas 759 000. Gasometría arterial pH 7.47, pCO2 33 mmHg, pO2 68 mmHg, HCO3- 24.0 mmol/l, SO2 94%, FiO2 21%. El estudio de empiema se reportaron bacilos gram positivos abundantes, que posteriormente desarrollaron colonias de bacterias filamentosas, gram positivas, compatible con bacterias del género *Nocardia*.

Palabras clave: *Nocardia*, empiema.

0771 Infección de mucormicosis confinado a globo ocular, en un paciente con enfermedad renal crónica

Cruz Rodrigo Zenon, Colli Mariana Berenice, Aquino José Miguel, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La mucormicosis es una patología de evolución catastrófica, normalmente con afectación sistémica, de predominio en región orbito cerebral, causada por el género de los mucorales; entre sus principales factores de riesgo se encuentran las infecciones crónicas como diabetes mellitus o estados de inumunosupresión, así como estados de acidosis severa, su evolución es fatal, pese al adecuado tratamiento médico y quirúrgico son mortalidad desde 24 a 59%. **Objetivo.** presentar el caso de un paciente con acidosis leve secundario a enfermedad renal crónica sin descompensación de diabetes mellitus con infección por mucormicosis confinada únicamente a globo ocular. **Presentación del caso.** Se trata de másculino de 59 años de edad, con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de diagnóstico, hipertensión arterial sistémica de 3 años de diagnóstico, enfermedad renal crónica de 2 años de diagnóstico en tratamiento sustitutivo desde noviembre de 2016, mediante hemodiálisis, teniendo dos sesiones por semana. Ingresado para realización de sesión de hemodiálisis, refiriendo que posterior a la última sesión con fecha 27.01.16, presenta mialgias, fiebre no cuantificada, de predominio nocturno, cefalea, aumento de volumen palpebral izquierdo hasta impedir la apertura ocular, así como hiperemia y rubor en misma zona, con exudado purulento. Clínicamente ojos asimétricos a expensas de aumento de volumen palpebral izquierdo se observa; eritema, edema, palpebral y conjuntiva con presencia de secreción purulenta movimientos oculares normales, pupilas simétricas de 3mm sin respuesta al estímulo luminoso, resto de la exploración sin alteraciones clínicas. Presentando urea 225.6mg, creatinina 9.6, glucosa: 229mg, leucocitosis 10500, neutrófilos: 9000, hemoglobina 11.3, plaquetas 118000. Gasometría arterial: pH: 7.33, pCO2: 38 mm Hg , pO2: 78mm Hg, HCO3: 18 mmol, anión gap 12.1. Sin cumplir con criterios de diabetes descompensada, se

sospecha de probable endoftalmitis bacteriana, realizando tomografía de cráneo simple y con contraste con datos de celulitis preptal izquierda, sin extensión a tejidos subyacentes. Se inició manejo empírico a base de cefalosporina de tercera generación, glucopéptido y metronidazol; con toma de hemocultivos y cultivo de secreción. Los hemocultivos con desarrollo de S. epidermidis, no consistente con cuadro de endoftalmitis, sin embargo examen directo de secreción con evidencia de hifas hialinas cenocíticas dicotomizadas del género *Rhizomucor* sp. **Conclusiones.** El siguiente caso presenta un paciente con una cuadro de mucormicosis, que no presenta la evolución característica de la mayoría de los casos, y que a su vez no cuenta con factores de riesgo propicios para el desarrollo de esta infección, ya que solo presentaba un cuadro de acidosis leve, secundario a la enfermedad renal crónica; con infección únicamente confinada a globo ocular y que presentó adecuada respuesta a tratamiento quirúrgico y médico.

Palabras clave: mucormicosis, enfermedad renal crónica, celulitis periorbitaria , anfotericina b.

0775 Histoplasmosis progresiva diseminada en un paciente con lupus eritematoso sistémico

Martínez Emmanuel, Peralta Ana Lilia, Galindo Roberto, Bravo Veronica, Bahena Josue, Jimenez Victor Manuel, Gonzalez Carlos Arturo
Centro Medico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por un hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*. En pacientes con LES se reporta una incidencia 0.64-1.04%, con mayor riesgo debido a la terapia inmunosupresora y defectos en la inmunidad humoral y celular. Se adquiere por inhalación de la forma micelial. La histoplasmosis diseminada progresiva se caracteriza por afectar a múltiples órganos como médula ósea, hígado y pulmones. La sintomatología incluye fiebre, afectación del estado general, pérdida de peso, tos y dolor torácico. A nivel bioquímico presentan pancitopenia, elevación de DHL, ferritina y alteración de la función hepática. Se corrobora con tinciones como Giemsa o Grocott donde se observan las levaduras intracitoplasmaticas y el estándar de oro es el cultivo. **Caso clínico.** Femenino de 52 años, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico con afección cutánea, serosa, hematológica y renal 15 años de diagnostico en tratamiento con inmunosupresores con ciclofosfamida, micofenolato y prednisona a dosis altas (60 mg/dia), que inicia su padecimiento de 2 semanas de evolución con fiebre >38.3 °C, tos seca, nauseas, vomito, evacuaciones diarreicas, perdida de peso de 3 kg no intencionada. A su ingreso con hipoxemia, hipoventilación bilateral, sin agregados, hepatomegalia 4 cm debajo de borde costal. Sin adenopatías. A su ingreso con hipokalemia, hiponatremia, pancitopenia, con ALT 266, FA 982, DHL 6287, radiografía de tórax patrón intersticial difuso, adenopatías hiliares. Determinación de anti-DNA y complemento normal. Presenta deterioro respiratorio y datos de choque séptico, uso de antibióticos y vasopresores sin respuesta. Se realiza TACAR en el que se observa patrón de vidrio despulido asi como patron intersticial micronodular, tinción de Giemsa con presencia de histiocitos con levaduras intracelulares. Tratamiento con amfotericina B. Mielocultivo positivo para Histoplasmosis capsulatum. **Discusión.** Femenino con antecedente de lupus eritematoso sistémico, que ingresa con sospecha de actividad lupica, debido a síntomas y hallazgos de laboratorio, sin embargo durante su internamiento se descarta dicha actividad. Considerando uso de inmunosupresores y la misma enfermedad reumatológica como factor de riesgo para desarrollar procesos infecciosos y se sospecho en infección por hongos oportunista como histoplasmosis diseminada debido al patrón de afectación respira-

toria, hematológica y hepática. En estudios diagnósticos se demostró presencia de levaduras intracelulares, iniciándose tratamiento antifungico. Se obtuvo mielocultivo para Histoplasma capsulatum confirmándose dicha patología. Sin embargo el desenlace fue fatal.

Palabras clave: histoplasmosis, diseminada, Lupus eritematoso sistemico, infeccion, oportunista.

0785 Enfermedad de Heck en paciente con VIH

García Francisco Isai, Galvez Yuriria Asbel
Hospital Juárez de México

Introducción. Patología que se caracteriza por la presencia de múltiples lesiones papilopatosas distribuidas por la mucosa bucal por VPH 13 y 32. **Caso.** Masculino de 54 años originario y residente de la ciudad de México, 12 años con el diagnostico de VIH tratamiento irregular con antirretrovirales, sin otro crónico degenerativas inicia su padecimiento actual 1 año previo a su ingreso con lesiones en la región oral que barcan paladar duro, blando y dorso de la lengua que aumentan de tamaño con el tiempo, 10 días previos a su ingreso inicia con síntomas respiratorios a expensas de disnea MMRC2 que progresa a MMRC3, y presencia de lesiones algodonosas en dorso de la lengua y retrofaringe, se solicitan estudios complementarios con sospecha de Neumonía atípica por Pnuemocisistis Jirovecci, gradiente alveolo arterial 70 dando manejo con esteroides, ceftriaxona, claritromicina, fluconazol y TMP SMX a dosis terapéutica, reportando DHL 515 al ingreso, aumentando la sospecha de Pneumocitosis, durante su estancia con evolución a la mejoría clínica, pero persistencia de lesiones en cavidad oral con elevaciones Papulo nodulares, sesiles, des aspecto liso y rugoso multiples de la misma coloración de la mucosa, se realiza biopsia documentando acantonas del epitelio y figura mistoide. **Conclusión.** Afección rara, exacerbación en inmunocompromiso.

Palabras clave: enfermedad de HECK, VIH, inmunocompromiso.

0796 Tuberculosis diseminada en paciente con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico

Mayoral Héctor Antonio, Escobedo Laura, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La tuberculosis es un grave problema de salud mundial. En México se ha observado que, aunque la incidencia global de tuberculosis va en descenso, el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y tuberculosis se ha incrementado. **Caso clínico.** Se presenta el caso de un hombre de 47 años que acude a valoración por infecciones de vías urinarias recurrentes, que inician hace 4 meses y persisten a pesar de múltiples esquema de tratamiento antimicrobiano. Al momento de la valoración el paciente se encuentra con malestar general, fiebre de hasta 38.9°C, pérdida de 14kg, polaquiruia y tenesmo vesical, con determinación de glucosa en ayuno en 378mg/dl y HbA1c de 10.5%. Debido a factores de riesgo para microorganismos resistentes a fármacos se inicia tratamiento con ertapenem, sin embargo no hay resolución de síntomas, y en 3 urocultivos no se reporta crecimiento bacteriano, por lo que se cataloga como piuria estéril. Se solicita determinación por PCR de la secuencia de inserción IS-6110, que resulta positiva, así como cultivo de orina para M. tuberculosis que es positivo a las 41 días. Se realiza tomografía simple y contrastada, donde se observan múltiples lesiones nodulares en parénquima pulmonar, sugestivas de enfermedad pulmonar metastásica, así como imagen sugestiva de metastasis ósea en columna lumbar, a nivel renal solo hay datos de pielonefritis crónica. Es valorado por neumología y cirugía de tórax y deciden realizar biopsia pulmonar por no contar con primario, sin embargo el reporte histopatológico es compatible con tuberculosis pulmonar. Paciente presenta mejoría clínica con tratamiento antituberculosis

el cual se adminsitra por un año, se logran metas de control glucémico con insulina basal, en seguimiento tomográfico hay resolución completa de las lesiones observadas. **Discusión.** La tuberculosis renal suele desarrollarse por diseminación hematógena de una infección pulmonar primaria, puede causar uropatía obstructiva e incluso enfermedad renal crónica terminal. En este caso se confirma el diagnóstico por estudios de ampliación genética, que son de gran valor en enfermedades paucibacilares. Por la sospecha de enfermedad metastásica (pulmonar y ósea) se decidió realizar biopsia pulmonar, donde solo se confirma tuberculosis pulmonar. **Conclusión.** En nuestro país la diabetes mellitus tipo 2 es el principal factor de riesgo para tuberculosis, y el diagnóstico en variedades paucibacilares de la enfermedad suel ser tardío,, siendo de gran utilidad las pruebas de ampliación genética. En los casos de tuberculosis diseminada, el tratamiento debe extenderse hasta 12 meses, y es fundamental en control de las enfermedades concomitantes.

Palabras clave: tuberculosis diseminada, diabetes mellitus tipo 2, piuria esteríl.

0804 Deterioro cognitivo subagudo secundario a meningitis por *Aspergilus* en paciente portador de enfermedad renal crónica

Murillo Alberto[1], Roman Susana[2], Fernandez Paulina[2]

1.Universidad Autonoma de Zacatecas; 2.Hospital General Zacatecas Luz Gonzalez Cosio

Objetivo. Describe el caso clínico de meningitis por hongos en un sujeto inmunocomprometido. **Exposición de caso.** La aspergillosis es una infección fúngica típicamente observada en pacientes con inmunocompromiso severo. Como es bien sabido las manifestaciones clínicas dependen del sitio de afección y sus mecanismos de diseminación son vía hematógena, continuidad y menos frecuente por implante directo. La meningitis por Aspergillus es una entidad inusual, teniendo una mortalidad general de aproximadamente 72.1%. Los hallazgos mas comunes en LCR son pleocitosis e hipoglucorraquia y solo un tercio de los cultivos son positivos. presentamos el caso de un masculino de 45 años de edad, sin toxicomanías referidas. Portador de DM bajo insulinoterapia, hipertenso con pobre apego terapéutico, además de ERC requiriendo TSR tipo DPA desde hace 4 años, comienza cuadro clínico caracterizado por cefalalgia intensa, pulsátil, predominante afección en hemicráneo izquierdo, sintomatología vasovagal positiva, 72 hrs más tarde cursa con deterioro neurológico global, progresivo, mas sin focalización, irritación meníngea e hipertensión intracraneal positivas. TAC y punción lumbar iníciales negativas a patología infecciosa, RNM cráneo evidenciando zonas de engrosamiento meníngeo así cómo múltiples lesiones de forma irregular en hiperseñal de secuencia FLAIR en lóbulo occipital bilateral por lo que se decide nueva punción lumbar, con evidencia de múltiples conidios y conidioforos en LCR, recibiendo tratamiento a base de voriconazol por 4 semanas con evolución favorable, misma que persiste en el tiempo actual. **Conclusión.** Desafortunadamente el deterioro neurológico del paciente diabético o con falla renal no suele ser protocolizado a profundidad pues se presupone debido ya sea a causas de orden metabólico o vascular, sin embargo no debemos nunca olvidar su status de incompetencia inmune y por ende el latente peligro de infecciones oportunistas. Que de tratarse óptima y oportunamente permiten mejorar considerablemente el pronóstico funcional de los pacientes. Es por ello que, sustentamos que la curiosidad siempre será la mejor herramienta diagnostica y por ende la mejor oportunidad para alcanzar el éxito terapéutico.

Palabras clave: meningitis, aspergilo, enfermedad renal cronica.

0808 Síndrome destructivo de la línea media en un paciente con VIH

Pérez Bernardo[2], Flores Guillermo[2], Pimentel Jorge Fabian[2],

Jiménez Yeimmy Zuyenn[2], Fernández Sandra Denise[1], Pérez Gabriel[2], Cornelio Ramón[2], Velazquez Karla Abigail[2], Barba Fernando[2]
1.Hospital Ángeles Lomas; 2.Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción. El síndrome destructivo de la línea media incluye una gran variedad de enfermedades, desde inflamatorias hasta neoplásicas, cada una de ellas con innumerables varianes histológicas, frecuentemente con lesiones de curso clínico y pronóstico diferentes. En pacientes con VIH existen pocos casos reportados. **Objetivo.** Exponer un caso clínico de una entidad poco frecuente como es el sindrome destructivo de la línea media en un paciente con VIH y de esta manera contribuir a lo casos reportados. **Presentación del caso.** Se trata de un paciente masculino de 68 años años de edad quien tiene como antecedentes: infección por virus de inmunodeficiencia humana con carga viral indetectable y conteo de CD4 de 666 células, diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución con adecuado apego control metabólico. Inició cuadro clínico hace 3 meses caracterizado por la presencia de síntomas B, pérdida de peso a lo cual se agregó dolor a nivel del paladar duro acompañado de adenopatías submandibulares bilaterales, pétreas, no dolorosas. Se realizó tomografía la cual reportó ganglios bilaterales y destrucción de la pared lateral del maxilar inferior. La biopsia de paladar y adenopatías reportó línfoma difuso de células grandes B. **Conclusiones.** El síndrome destructivo de la línea media es una entidad poco frecuente y con una diversidad etiológica abundante. En los pacientes con VIH ha sido poco descrita por lo cual es necesario incrementar el reporte de casos.

Palabras clave: VIH, linfoma, síndrome destructivo de línea media.

0810 Antígeno carbohidrato Ca-125 como factor pronostico para el desarrollo de choque septico en pacientes hospitalizados con sepsis-sepsis grave del Hospital General de México

Gutierrez José Eduardo, Zapata Rogelio, Giraldo Diego Alejandro, Inclan José Ivan
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. Los procesos infecciosos son una causa frecuente de ingreso hospitalario. La sepsis es una enfermedad que se caracteriza por un estado de inflamación sistémica grave con impacto negativo en la morbi-mortalidad. Cursa en sus etapas mas graves con disfunción multiorganica entre las que destaca la falla cardiaca. La sepsis involucra la activación temprana de respuestas inflamatoria como antiinflamatoria. El Ca-125, es una mucina, que se expresa en el epitelio de múltiples órganos, y su función es proveer de hidratación y lubricación. Se ha empleado como marcador tumoral en neoplasias abdominales. Guarda una relación positiva con otros marcadores y estado clínico de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Se le ha relacionado con procesos infecciosos abdominales como la tuberculosis y la peritonitis. Los estímulos inflamatorios y el estrés mecánico por la congestión y estasis venosa, pueden elevar sus niveles. Actualmente, no se ha descrito su comportamiento en pacientes con sepsis. Debido a su relación con los procesos inflamatorios y con la falla cardiaca sugerimos que existe una relación con la severidad de los procesos sépticos. **Objetivos.** Determinar la utilidad clínica del CA-125 como factor de pronóstico en sujetos con sepsis. **Material y metodos.** Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, monocentrico. Se reclutaron 44 pacientes de 18-65 años, hospitalizados con diagnóstico de proceso infeccioso en los servicios de urgencias, medicina interna o terapia intensiva del HGM. Se excluyeron a todos los sujetos con antecedentes de cáncer, nefropatía crónica, hepatopatía crónica o infecciones crónicas como tuberculosis, así como, todo sujeto con serositis y con antecedentes de cirugía en los últimos 30 días previos a su ingreso. Los sujetos seleccionados fueron asignados al momento de su ingreso en el

grupo de sepsis, sepsis grave y choque séptico. Un sujeto fue eliminado del estudio por sospecha de cáncer de origen abdominal. Se registraron las características bioquímicas y la determinación de CA 125 basales a su ingreso. Se determinó la relación entre los niveles de Ca-125 y el estado de la sepsis a su ingreso y su progresión a choque séptico. **Resultados.** Los 43 sujetos fueron categorizados en sepsis, sepsis grave y choque séptico al momento de su inclusión al estudio: sepsis 13 sujetos; sepsis grave 14 sujetos; choque séptico 16 sujetos. EL Ca-125 fue mayor en el grupo de sepsis grave y choque séptico 25.77 UI/ml (22.88) vs 61.66 UI/ml (77.35) y 53.96 UI/ml (34.12) con una d de Cohen de 1.2, en comparación con el grupo de sepsis; los niveles de CA-125 fue mayor en el grupo que desarrolló choque séptico: 29.32 (22.79) vs 69.37 (65.91), p=0.017. **Conclusiones.** El CA-125, es un marcador tumoral que esta aumentado en los estados mas graves de sepsis. El aumento de su nivel sérico, está presente en sujetos que progresaron a choque séptico. El CA-125 es un marcador sérico potencial para predecir progresión de la enfermedad.

Palabras clave: CA 125, sepsis, pronostico, choque septico.

0814 Endocarditis por *Streptococcus gallolyticus* y su asociación con la detección de lesiones premalignas y malignas colónicas

Martínez Eder Emmanuel, Moreno Miguel Eduardo Manuel, Soto Juan Ignacio
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La endocarditis infecciosa es una enfermedad con múltiples facetas y varias expresiones dependiendo del microorganismo, lesión cardiaca subyacente, estado inmunitario del huésped y efectos a distancia tales como émbolos sistémicos con afección cerebral, abscesos, e importante disfunción orgánica que conduce a falla cardiaca, sepsis y alto índice de mortalidad. **Objetivo.** Exponer *Streptococcus gallolyticus* como patógeno etiológico de endocarditis infecciosa y su asociación a adenomas y cáncer colorrectal. **Exposición del caso.** Masculino de 74 años, residente de Veracruz, hermana finada por cáncer gástrico, portador de cardiopatía isquémica con cirugía de revascularización coronaria hace tres años. Inició su padecimiento tres meses previos a su ingreso con fiebre cotidiana acompañada de escalofríos, malestar abdominal, hiporexia, pérdida de 5 kilogramos de peso en dos meses; fue multitratado con antimicrobianos sin mejoría. A la exploración física, uñas con imagen sugestiva de hemorragia en astilla, auscultación de soplo de escape aórtico grado IV/IV. El ecocardiograma transtorácico documentó insuficiencia aortica severa e imagen móvil compatible con vegetación aórtica. Se trató con vancomicina y gentamicina, previa toma de 5 sets de hemocultivos con aislamiento en todos de Streptococcus gallolyticus subespecie pasteurianus; antibiograma con susceptibilidad a penicilina. Se inició tratamiento dirigido durante 4 semanas con ceftriaxona y gentamicina por 2 semanas con hemocultivos de control negativos y remisión de los síntomas; se efectuó colonoscopia para descartar cáncer colónico (por asociación al patógeno) con identificación de tres pólipos, dos pediculados y uno sésil lobulado a nivel de colón, con polipectomía cuyo reporte histopatológico fue consistente con adenoma tubular más displasia leve. Durante hospitalización se decide manejo quirúrgico con reemplazo e implante valvular aórtico sin embargo presenta complicaciones transoperatorias culminando en su fallecimiento. **Conclusiones.** Los eventos de bacteriemia por S. gallolyticus se asocian a una morbilidad prolongada, tienen una elevada mortalidad hospitalaria, con frecuencia requieren procedimientos quirúrgicos y afectan a pacientes con diferentes comorbilidades. De acuerdo a la literatura, la bacteriemia por *S. gallolyticus* subespecie pasteurianus está menos asociada con endocarditis infecciosa y malignidad

colónico oculta en rangos de 18% y 17% respectivamente en comparación con *S. gallolytius* subespecie gallolyticus con rangos de hasta 94% y 71%. No obstante, se recomienda efectuar colonoscopia ya que estas lesiones premalignas pueden progresar a malignas en el transcurso de los años. Abordar estas lesiones prematuramente resultaría beneficioso para disminuir la morbi-mortalidad. **Palabras clave:** endocarditis infecciosa, *Streptococcus gallolyticus*, cáncer de colon, pólipos colónicos.

0817 Tratamiento de hepatitis C crónica en pacientes mexicanos con genotipo 2

Alfaro Christian Gerardo[1], Betancourt Fabián[2], Malé René[2], Torres Lilian Montserrat[2]
1.Hospital Ángeles del Carmen; 2.Instituto de Salud Digestiva y Hepática

Introducción. Recientemente se ha descrito como esquema de elección en pacientes con genotipo 2 la combinación de sofosbuvir/velpatasvir y sofosbuvir+daclatasvir. En estudios recientes se ha propuesto que la respuesta a base de sofosbuvir +ribavirina es similar a los esquemas previamente descritos. **Objetivo.** Evaluar la respuesta viral sostenida (RVS) en pacientes mexicanos genotipo 2, tratados con los esquemas. sofosbuvir + ribavirina y sofosbuvir + daclatasvir. **Materiales y metodos.** Se incluyeron 15 pacientes con genotipo 2 que recibieron tratamiento a base de antivirals directos de 2014 al 2016. Todos fueron evaluados con fibroscan previo a tratamiento. Los pacientes recibieron sofosbuvir + ribavirina 12 semanas en caso de F0-F2 y sofosbuvir + ribavirina por 16 semanas si presentaban F3-F4. 1 paciente post trasplante hepático recibió sofosbuvir + daclatasvir por historia de intolerancia a ribavirina, 3 pacientes que habían fallado recibieron retratamiento a base de sofosbuvir + daclatasvir. **Resultados.** La edad promedio fue de 59 años. 7 (46%) fueron hombres y 8 mujeres (54%). 6 pacientes (40%) tenían fibrosis avanzada (F3-4) y 9 fibrosis leve (F1-2). De los 15 que recibieron sofosbuvir + ribavirina, 5 presentaron falla a tratamiento. 4 de estos recayeron al finalizar y uno presentó resurgimiento viral a las 6 semanas de tratamiento. La RVS de sofosbuvir+ribavirina fue de 73%. El esquema sofosbuvir + daclatasvir se dio en cuatro pacientes, uno tratado de manera inicial y otros tres en retratamiento. La RVS con sofosbuvir + daclatasvir fue del 100%. Dos pacientes con falla no han sido retratados. No existió diferencia estadística en la prevalencia de fibrosis avanzada, carga viral, ni historia de tratamientos previos en los pacientes que respondieron y los pacientes que no respondieron al esquema de sofosbuvir+ ribavirina. **Conclusión.** La RVS con el esquema de sofosbuvir + ribavirina en pacientes Mexicanos con Hepatitis C crónica genotipo 2 es sub-óptima, con falla a tratamiento del 27%. La RVS con sofosbuvir + daclatasvir fue del 100% incluyendo pacientes con falla previa a sofosbuvir + ribavirina. Estos resultados apoyan el uso de sofosbuvir + un inhibidor de la NS5A como tratamiento inicial en pacientes con genotipo 2 independientemente del grado de fibrosis o historia de tratamientos previos. **Palabras clave:** hepatitis C, genotipo 2.

0827 Neumonía atípica secundaria a infección por varicela en un paciente inmunocompetente con antecedente de tabaquismo

Coronado Edgar Ulises[1], Purón Emma[1], Ramírez Ricardo[1], González Cristian Miguel[2]
1.Christus Muguerza Alta Especialidad; 2.Christus Muguerza Hospital Saltillo

Introducción. La neumonía por el virus varicela-zoster en adultos es una complicación que cuenta con incidencia reducida pero considerable incremento en la morbimortalidad. Por este motivo, resulta de importancia realizar un diagnóstico oportuno de la entidad. Menos del 20% de los casos de VVZ ocurren en adultos, en estos la morbimortalidad se encuentra incrementada 10 a 20 veces debido a la mayor incidencia

de complicaciones asociadas siendo la más habitual y severa la neumonía. **Objetivo.** Dada la baja incidencia y asociación de complicaciones potencialmente severas, en especial neumonía por VVZ en pacientes adultos, se describe el siguiente caso. **Caso.** Hombre de 42 años que acude por erupción exantemática y dificultad respiratoria, cuenta con índice tabáquico de 16, resto de antecedentes negados. Inicia 10 días previos al presentar astenia y exantema macular generalizado que progresa a pápulas, vesículas y costras con prurito; acude a consulta y se realiza diagnóstico clínico de varicela iniciándose tratamiento. 2 días previos se agrega disnea de medianos esfuerzos, dolor pleurítico y fiebre. El día de su ingreso presenta progresión súbita de la disnea; a su llegada se encuentra hemodinámicamente inestable. Se inicia manejo con fluidoterapia y apoyo vasopresor; a la exploración física se encuentran hemitórax con estertores crepitantes bilaterales requiriendo apoyo ventilatorio por inestabilidad. En piel presentaba exantema generalizado con pápulas y costras, se ingresó con diagnóstico de neumonía atípica. Dentro de los exámenes de ingreso contó con leucocitosis de 11850 con neutrofilia en 11790, trombocitopenia de 98 000. En el perfil bioquímico: creatinina 2.7, BUN 5, Urea 115.6; con un filtrado por CKD-EPI de 27.8 mL/min/1.73m correspondiente con Lesión Renal Aguda. PCR en 139.03, VSG: 4; procalcitonina: 2.53. Gases arteriales con una acidosis mixta. Se solicitó TAC de tórax que reportó compromiso intersticial y alveolar difuso con zonas de condensación en relación a proceso neumónico. Contó con anticuerpos Anti-VIH y panel de hepatitis negativos, ac Anti varicela-zoster IgG negativo e IgM positivo que en relación con las lesiones cutáneas, tiempo de evolución y resto de la presentación clínica se corroboró el diagnóstico de neumonía atípica por VVZ como complicación secundaria a infección por varicela. Se inició manejo con aciclovir IV e hidrocortisona con posterior evolución favorable. **Conclusiones.** La infección por VVZ en la población adulta cuenta con incidencia limitada, en aquellos que se presenta, la neumonía puede contemplar un curso con mayor posibilidad de complicaciones y estancia hospitalaria prolongada. Puede contar con progresión súbita, razón por la cual se justifica realizar radiografía de tórax en los pacientes adultos con varicela con o sin síntomas respiratorios sobre todo con índice tabáquico aumentado con la intención de mejorar la incidencia diagnóstica en etapas iniciales y disminuir la severidad del proceso.

Palabras clave: varicela, neumonía, tabaquismo, aciclovir.

0835 Fiebre, ictericia e insuficiencia respiratoria aguda: reto diagnóstico

Martínez Julio César[1], Ramírez José Angel[1], Longoria Edna Lizeth[2], Font Jorge Jaime[1], Castillo Urania Del Rocio[1], Farías Alejandra de Lourdes[1]

1.Hospital Universitario de Saltillo Dr. Gonzalo Valdez Valdez; 2.Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda

Introducción. El género Rickettsia, familia Rickettsiaceae esta constituido por diferentes especies de bacterias gram (-) (además Coxiella, Ehrlichia, Bartonella). Estas son bacterias de crecimiento intracelular, se transmiten por vectores artrópodos (garrapatas) a diferentes mamíferos que actúan como reservorios entre ellos los humanos. **Objetivo.** Importancia del abordaje completo del paciente con fiebre, aunado a deterioro respiratorio súbito. **Informe de caso.** Masculino 43 años habita en medio urbano niega consumo de lácteos no pasteurizados, fauna caballos y vacas (+), acude a cabalgata 1 semana previa a ingreso, flora ornato, etilismo y tabaquismo ocasional. DM2 de 16 años tratado con metformina, inmunización influenza 2016. Inicia padecimiento 4 días previos a ingreso con cefalea frontal intensidad 9/10, dolor retroocular, 1 día después presenta dolor abdominal cólico hipocondrio derecho, intensidad 8/10, no irradiaciones día

de ingreso presenta fiebre de 39°C. TA: 110/70, FC 78, FR 21, no adenomegalias, tegumentos ictericos, abdomen Murphy positivo, esplenomegalia, BH WBC 5.7 NEU 4.53 LI 0.69 HB 14 PLT 62 TGO 82 TGP 93 FA 94 GGT 119 BT 2.6 BD 0.8 BI 1.8 TTP 47 VIH NEG Rx. febriles negativas, US abdomen esteatosis hepática leve no dilatación biliar colecistolitiasis, no edema pared, esplenomegalia, 2 días después BD 5.81, BD 4.01, BI 1.8. Dos días después presenta disnea súbita, taquipnea, SAT 80% O2 PPN a 5 L/min, ingresa a UCIA se coloca VPNI, SO2 90%, con estertores crepitantes difusos, rx. tórax infiltrados intersticiales difusos, WBC 13.1 NEU 7.16 LI 4.47 PLT 79.3, Dímero D NEG, se inicia oseltamivir. TAC tórax derrame pleural bilateral, infiltrado pulmonar mixto predominio intersticial en vidrio despulido distribución parchada. Presenta mejoría respiratoria, continuando con fiebre. Procalcitonina positiva. Se solicitan AC anti Coxiella burnetti IGG fase I 1:256 fase II 1:1024 IGM fase I NEG fase II 1:256 anti-influenza A 1:32. Se agrega doxiciclina. Paciente con mejoría se egresa. **Conclusiones.** Fiebre Q (FQ) presenta manifestaciones clínicas variables. Sujetos con compromiso del sistema inmune más propensos a sufrir infecciones sintomáticas agudas con tendencia a cronificarse. La mayoría de infecciones agudas por Coxiella burnetii son asintomáticas. Período incubación de 2-4 semanas. Temperatura corporal puede alcanzar los 40°C, además de sudoración, artromialgias, cefalea intensa y postración. En FQ hay frecuente aparición de cuadro neumónico con escasa tos y expectoración, afectación segmentaria difusa, aunque también como neumonía lobar. Habitualmente neumonías leves, aunque puede desarrollarse síndrome de distrés respiratorio grave. Alteraciones en PFH habituales 85%, ictericia o hepatitis franca son muy raras. Primeros días exantema en 5-20%. Fiebre Q es un cuadro benigno y su mortalidad no supera el 3%.

Palabras clave: fiebre, ictericia, insuficiencia respiratoria, *Coxiella burnetii*, fiebre Q, influenza A.

0837 Pericarditis tuberculosa y pleural en paciente con infección por VIH/SIDA, importancia del diagnóstico y manejo temprano. Reporte de un caso clínico

Prado Monica
Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Antecedentes. La pericarditis es una de las causas más frecuentes de afección cardiaca en pacientes con VIH a nivel mundial, siendo mycobacterium tuberculosis el principal agente implicado del 86 al 100% de los casos. La pericarditis tuberculosa (PT) en este grupo de pacientes puede cursar con mayor compromiso cardiaco. Se require un diagnóstico rápido y preciso para iniciar antituberculosos. A pesar que los esteroides resultan controversiales, debido al alto riesgo de enfermedades oportunistas, tienen un papel benéfico tanto en la mejoría clínica como en reducir el riesgo de recurrencia de tamponade, pericarditis constrictiva y muerte. **Objetivo.** Destacar la necesidad de realizar una evaluación óptima ante la sospecha de PT, incluyendo ventana pericárdica con envío de tejido pericárdico para cultivo y estudio histopatológico. **Exposición del caso.** Masculino de 26 años de edad, heterosexual, infección por VIH de reciente diagnóstico en tratamiento con EFV/FTC/TDF y TMX/SMX, última carga viral: 83 copias/ml, CD4+ 112 cél/µl. Cursa con tos sin expectoración, predominio nocturno, en accesos, ortopnea de dos semanas de evolución agregándose disnea progresiva hasta ser en reposo. Acude a valoración encontrando TA 110/60 mmHg, FC 120 lpm, FR 22 rpm, SpO2 72% al AA, Temp 36°C, ingurgitación yugular grado II, sin adenomegalias palpables, ruidos cardiacos disminuidos en intensidad, sin agregados, se integra síndrome pleuropulmonar con derrame pleural derecho, abdomen blando, hepatomegalia, extremidades sin edema. Laboratorios: leucocitos 5000, linfocitos 1500, hb 11.2, plaquetas 339,000, Cr 0.66, albúmina 2.5, TGO 28, TGP 21,

DHL 161, PCR 15.9 y procalcitonina 0.05, baciloscopías de esputo negativas, hemocultivos de micobacterias negativos. Radiografía de tórax PA: derrame pleural derecho, silueta cardiaca en garrafa. Electrocardiograma: taquicardia sinusal y complejos QRS de bajo voltaje. Tomografía computarizada de tórax: adenopatías mediastinales. Análisis líquido pleural: predominio linfocítico, criterios de Light exudado, colesterol 77, tinción Gram negativa, gasometría: pH 7.43, glucosa 106, Gene-Xpert MTB negativo, ADA 27.1 U/, citología: alteraciones inflamatorias y cultivo de micobacterias positivo. Ecocardiograma: derrame pericárdico con 886 ml, sin taponamiento. Ventana pericárdica: biopsia de pericardio y pleura evidenciando inflamación granulomatosa caseificante altamente sugestiva de etiología tuberculosa, prueba de auramina-rodamina en tejido pericárdico positiva. Al notificar granuloma se inician antituberculosos: H (300 mg) R (600 mg) E (1600 mg) Z (2000 mg) cada 24 horas y prednisona 1 mg/kg iniciando 70 mg VO con posterior dosis reducción mostrando adecuada mejoría clínica. **Conclusiones.** La PT en pacientes con VIH/SIDA es un reto que requiere alta sospecha clínica y adecuado protocolo de estudio, para el diagnóstico oportuno e iniciar tratamiento con antituberculosos y esteroides que mejoren los síntomas y prevengan complicaciones.

Palabras clave: pericarditis tuberculosa, VIH/SIDA, ventana pericárdica, antituberculosos, esteroides.

0840 Meningoencefalitis por *Listeria monocytogenes* en paciente sano

Magallanes Alberto, Creixell María, Flores Ilse Lucero, Manjarrez Enrique
Hospital Angeles Lomas

Introducción. La meningoencefalitis por Listeria monocytogenes tiene baja incidencia en la poblacion sana, 0.9 casos/año por cada 100,000 personas, generalmente es secundario a infecciones intestinales, constituye 3.4% de los casos de meningitis bacteriana. Se diagnostica con microscopia y cultivo de LCR. El tratamiento de eleccion es ampicilina, reportado sinergismo al agregar aminoglucósidos. El TMP-SMX es la mejor terapia alternativa. **Objetivo.** Presentar caso clinico de meningoencefalitis por L. monocytogenes, con revision de literatura actual. **Exposición del caso.** Masculino de 42 años de edad, antecedente de importancia viaje a China reciente. Presentó cefalea occipital intensa, sx confusional agudo, fiebre, afasia mixta y signos de irritación meníngea. Tenía leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 27.9 mg/dL VSG 14 mm/hora). LCR con 2,680 leucocitos predominio PMN 81%, hiperproteinoraquia, hipoglucoraquia. La tinción de gram (Fig 1) con cocobacilos gram postivos, cultivo evidenció el patógeno. La IRM reportó reforzamiento de leptomeninges. Se inicia manejo antimicrobiano con TMP/SMX 5 mg/kg/día, ampicilina 2g c/4hrs y gentamicina 150mg c/8hrs, con mejoría y remisión completa de síntomas. **Conclusiones.** Las infecciones de SNC por *L. monocytogenes*, aunque poco comun en pacientes sanos, se debe considerar en aquellos con viajes recientes a Asia. El diagnostico y tratamiento precoz previene secuelas neurologicas graves, como es el caso del paciente

Palabras clave: meningoencefalitis, *Listeria monocytogenes*, síndrome confusional agudo, meningitis bacteriana, ampicilina, población sana.

0841 Exantema y choque. A propósito de un caso

Farías Alejandra De Lourdes[1], Martínez Julio César[1], Castillo Urania Del Rocío[1], Longoria Edna Lizeth [2], Font Jorge Jaime[1]
1.Hospital Universitario de Saltillo Dr. Gonzalo Valdez Valdez; 2.Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepulveda

Introducción. En los pacientes con septicemia y manifestaciones cutáneas es importante valorar sitio de inicio de lesiones, progresión, distribución y sintomatología acompañada, ya que existen diversas patologías como meningococemia, fiebre exantemática de las

montañas, ectima gangrenoso por P.aeruginosa, síndrome de choque tóxico, eritrodermias de origen viral y púrpura fulminante cuya presentación es similar y llegan a terminar en choque séptico por retraso en el diagnóstico. **Objetivo.** Dar a conocer las variantes de presentación clínica ya que esta patología es sub diagnosticada y por ende no tratada. **Informe de caso.** Femenino 64 años, habita zona urbana, zoonosis 1 perro no vacunado ni desparasitado. Niega enfermedades crónico degenerativas. Inicia 5 días con cefalea holocraneana 7/10, nausea, vómito 3 ocasiones y fiebre de 30º recibe manejo sintomático no especificado, sin mejoría, se agrega dolor abdominal difuso, evacuaciones diarreicas, sin moco ni sangre y artralgias. Día de ingreso con TA 90/50mmHg, FC 146, FR 33, Temp 38.5ºC, SatO2 90%, somnolienta, desorientada, abdomen doloroso a la palpación difusa, rebote positivo, con lesiones petequiales, extremidades inferiores con lesiones de rascado tipo costras hemáticas, pulsos periféricos débiles, disminuidos, extremidades frías. BH WBC 8.2, NEU 7.82, LYM 0.26, HB 15.1, PLT 27.4, BUN 27, urea 57.78, Cr 1.8, NA 129, TGO 166, ALB 1.9, BT 2.44, BD 1.76, BI 0.68, LDH 1986, TP 18.5/12, TTP 66.5/29.5, INR 1.83 Lactato: 10.9. EGO leucos: 9-10/campo, cilindros leucocitarios, bacterias abundantes. Se inician soluciones, vasopresores, Meropenem y Doxicilina, sin responder a manejo, progresa con anuria, extremidades marmoreas, sangrado gingival espontáeo, paro cardiorespiratorio y muerte. PCR Rickettsia spp positivo. **Conclusiones.** Paciente con antecedente de importancia, exantema, fiebre y choque con linfopenia, plauquetopenia, hiponatremia, lesión renal y alteraciones hepáticas. Por sospecha se solicitan anticuerpos para Rickettsia los cuales son positivos. Enfermedad transmitida por picadura de *Riphicephalus sanguineus* encontrada en perro. Periodo de incubación 2 – 14 días. Son frecuentes el malestar general, fiebre, cefalea, mialgias, dolor abdominal, nausea, vómito y diarrea. Exantema inicia maculo papular que progresa a petequial, 10% no lo presentan. La muerte en pacientes no tratados ocurre en la segunda semana, aunque existen casos fulminantes. Anemia y plauquetopenia presentes en casos graves. Frecuentes hiponatremia y elevación de LDH. Coagulación intravascular diseminada es rara. Diagnóstico PCR. Si se retrasa el diagnóstico y tratamiento mortalidad de hasta 3-7%. Tratamiento de primera elección las tetraciclinas, de preferencia doxiciclina. La rickettsiosis es una enfermedad cuya sintomatología es muy inespecífica por lo que es difícil hacer el diagnóstico. La importancia de esto radica en hacer un buen interrogatorio e historia clínica para diagnóstico oportuno y tratamiento específico.

Palabras clave: exantema, choque, rickettsia, plaquetopenia, PCR, doxiciclina.

0844 Tuberculosis e histoplasmosis pulmonar asociada a síndrome hemofagocítico como presentación inicial de fiebre de origen desconocido en un paciente con VIH: a propósito de un caso

Roque Carlos Javier, Razo Gustavo Eduardo, Bautista Francisco, Lobato Adriana Concepción, Hermida Carlos, Gonzalez Andres, Ruiz Ana Luisa
Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Introducción. El síndrome hemofagocitico, descrito por primera vez en 1952, ahora conocido como linfohistiocitosis hemofagocitica, síndrome inusual y potencialmente fatal, caracterizado por activación excesiva de macrófagos y linfocitos T, deterioro de la capacidad de las células natural killer y linfocitos T citotóxicos para atacar las células diana, resultando en fagocitosis histiocitica descontrolada de plaquetas, eritrocitos, linfocitos y sus precursores hematopoyéticos, dando lugar a una disfunción mediada por citocinas. Se clasifica en primaria (familiar) o secundaria, dentro de las formas secundarias puede ser causada por enfermedades infecciosas, desordenes autoinmunes, neoplasias malig-

nas. Dentro de las infecciones asociadas se encuentran las virales como Epstein-Barr y citomegalovirus, además de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o infecciones oportunistas asociadas, como tuberculosis e histoplasmosis. Se presenta el de caso de un paciente con infecciones oportunistas secundarias a inmunocompromiso por VIH con una complicación poco común con un desenlace fatídico. **Caso clínico.** Masculino de 44 años de edad con DM2 de 3 meses de diagnostico. Infección por VIH de 3 meses de diagnostico tratado con efavirenz/emtricitabina/tenofovir. Inicia con fiebre 40°C en meseta que cede con AINES, ataque al estado general, vomito gastroalimentario, evacuaciones diarreicas. Se solicita radiografía de tórax con infiltrado reticular bilateral tratado para PCP, sin mejoría clínica, con persistencia del ataque al estado general y la fiebre, se inicia antifimico por sospecha de tuberculosis. TACAR torácica con infiltrado intersticial micronodular difuso en ambos hemitorax compatible con tuberculosis milliar con PCR en tiempo real en esputo positiva, carga viral indetectable, CD4 de 20 células. Con persistencia de la fiebre, hepatoesplenomegalia, transaminasemia, pancitopenia, prolongación de tiempos de coagulación, hipofibrinogenemia, hipertrigliceridemia y elevación de deshidrogrenasa láctica, se inicia tratamiento para síndrome hemofagocitico con dexametasona. Aspirado y biopsia de medula ósea hipercelular con dispoyesis marcada en las tres líneas hematopoyéticas. Con mejoría radiología secundaria al tratamiento antifimico, sin embargo a pesar de la dexametasona persistió con deterioro bioquímico llevándolo a falla orgánica múltiple, además recabando mielocultivo positivo para histoplasma capsulatum postmortem. **Comentario**. En los pacientes con VIH y con CD4 abatidos se puede agregar cualquier infección, la infección por micobacterias es la primera causa de fiebre en un paciente con VIH, y como una inusual complicación se puede asociar al síndrome hemofagocitico, el cual tiene una mortalidad asociada a tuberculosis del 50%, por los casos que se han reportado a nivel mundial (97), no se tiene un adecuado entendimiento sobre la evolución de la enfermedad, por lo que el diagnostico y tratamiento oportuno mejorarían el pronóstico.

Palabras clave: VIH, tuberculosis, hemofagocitico, fiebre.

0846 Caso clinico: síndrome mononucleosis-like con anticuerpos heterófilos negativos como presentación clínica de primoinfección por VIH

García Eduardo [1], Mireles Cynthia Andrea[2]
1.Programa Multicéntrico Residencias Médicas SSNL/ITESM; 2.Instituto Nacional y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción. La mononucleosis infecciosa es una enfermedad causada por el virus Epstein Barr (VEB), afecta principalmente a pacientes jóvenes entre 5-25 años, con una tasa de 6-8 casos/1000 personas/año en ese grupo de edad y su cuadro característico es fiebre, faringitis, adenopatías cervicales y malestar general. La prueba diagnóstica inicial de elección son los anticuerpos heterófilos que tienen una sensibilidad de 80-85% y especificidad de 85 -100%. En el caso de anticuerpos heterófilos negativos es importante extender el diagnóstico diferencial (virus inmunodeficiencia humana, citomegalovirus, virus herpes 6, *Toxoplasma gondii*, entre otros) por la importancia pronóstica que tienen algunos de estos, principalmente VIH. **Objetivo.** Describir el cuadro clínico de un paciente con primoinfección por VIH y el abordaje diagnóstico en un síndrome mononucleosis-like con anticuerpos heterófilos negativos. **Exposición del caso.** Femenino de 34 años que acude a consultar por fiebre y rash. Dentro de sus antecedentes refiere gastritis crónica secundaria a H. Pylori además de tres parejas sexuales, con uso de método anticonceptivo de barrera solo de manera ocsional. Refiere iniciar cuadro 10 días previos con fiebre sin predominio de

horario, astenia, adinamia, mialgias, odinofagia, rash eritematoso maculopapular en cuello y cara con diseminación a tronco además de adenopatias cervicales bilaterales, dolorosas detectadas a la exploración. Dentro de sus laboratorios: Leucocitos 6 x 103/uL, Neutrofilos 3.3 x 103/uL, Linfocitos 1.74 x 103/uL, Bilirrubina Total 0.67 mg/dl, TGO 27 U/L, TGP 26 U/L, FA 120 U/L Ac Heterófilos negativos, IgM cápside VEB 13.5 (< 18 U/ml), IgG cápside VEB > 200 (< 18 U/ml), IgM e IgG VIH1 y VIH2 negativos, IgG Toxoplasma < 0.13 (< 1 U/ml), IgM Toxoplasma < 0.19 (< 0.8 U/ml), IgG CMV 152.6 U/ml (< 0.5 U/ml), IgM CMV 0.27 (< 0.7 U/ml). Ag superficie VHB no reactivo, Ac VHC no reactivo. Posteriormente se solicitan Ag P24 VIH1 positivo y PCR ARN VIH 1,200,000 copias/ml. **Conclusión.** En el caso de un paciente con Ac heterófilos negativos y pruebas confirmatorias para VEB negativas es necesario descartar otras etiologías por la importancia pronóstica de algunas, especificamente VIH. En el caso de esta paciente es relevante tomar en cuenta los días de evolución del cuadro clínico ya que se encontraba aún en el periódo de seroconversión, por lo que los Ac VIH resultaron negativos, no así el Ag P24, el cual puede detectar la infección aproximadamente a las 2 semanas de la infección, 1-2 semanas antes de la seroconversión. Por otro lado, es importante el inicio de la terapia antiretroviral (TAR) lo antes posible, ya que la carga viral y el conteo de CD4 al final de la infección aguda son marcadores pronósticos y de progresión clínica a SIDA y mortalidad.

Palabras clave: primoinfección, VIH, síndrome , mononucleósico, anticuerpos, heterófilos.

0850 Leptospirosis, presentación atípica. Reporte de un caso

Contreras Candido [3], Rodriguez Sergio Ernesto[3], Salinas Elvira[3], Niño Sandra Kira[1], Hernández Gisela [2], Hernandez Kenia Citalli[3], Fernandez Jose Pablo [3]

1.Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio; 2.Hospital Regional de Coatzacoalcos; 3.Hospital General de Oluta-Acayucan

Introducción. La leptospirosis es una enfermedad infecciosa re-emergente catalogada dentro del grupo de las zoonosis potencialmente mortales endémica en regiones tropicales y que puede causar grandes epidemias después de fuertes lluvias e inundaciones. Es causada por *Leptospira interrogans*. Las tasas endémicas varían de acuerdo a las condiciones geográficas y socioeconómicas de la población expuesta, siendo de 0.5/100 000 habitantes en Europa a mas de 95/100 000 habitantes en África. **Exposición del caso.** Mujer soltera de 50 años de edad originaria y residente de Minatitlán, Veracruz; en zona conurbada con todos los servicios básicos. Sin otros antecedentes de importancia. Ingresó a nuestro servicio por un cuadro clínico de 9 días de evolución caracterizado por cefalea frontal de tipo opresivo intensidad 9/10 de la EVA acompañado de alzas térmicas de hasta 39 gc sin patrón horario, acudió con particular al tercer día de iniciado padecimiento quien indicó paracetamol y ketorolaco sin remisión de la sintomatología. 72 horas previo a su ingreso a nuestro hospital se agrega edema bipalpebral, hiperemia conjuntival y secreción purulenta bilateral. Los signos vitales a su ingreso: TA 120/80 mmHg, FC 90, FR 20, T 39.5 gc. A la exploración física llamó la atención persistencia de cefalea de mismas características sin datos de irritación meníngea; edema bipalpebral y quemosis bilateral con secreción purulenta con movimientos oculares conservados. En los laboratorios destacó leucocitos 32400, Plaquetas 596 mil. AST 357.1 U/L, ALT 293.4 U/L, Bilirrubinas y química sanguínea normales; radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Ante contexto clínico, evolución y alteraciones bioquímicas se da tratamiento con Ceftriaxona y Doxiciclina ante la sospecha de infección por Leptospira. Fue valorada por oftalmología quien descartó daño de nervio óptico con integridad de globo ocular. La paciente evolucionó

de forma favorable con normalización de transaminasas, leucocitos y remisión de afección ocular. Se realizó estudio epidemiológico corroborando infección por Leptospira Tarassovi en muestra sérica. Completó esquema antibiótico y se egresó a la paciente asintomática con seguimiento sin ninguna eventualidad. **Conclusiones.** La leptospirosis es una enfermedad infecciosa a considerar en el diagnóstico de síndrome febril en estudio. México tiene mas del 55.7% de condiciones ambientales para su presencia. Es subrregistrada debido a la dificultad del diagnóstico clínico y a la carencia de recursos en laboratorio. Debemos evaluar complicaciones como Síndrome de Weil, hemorragia pulmonar, meningitis aséptica e hiperemia conjuntival, siendo esta ultima una característica especifica dentro del diagnóstico diferencial presente en el 55% de casos. El compromiso neurológico junto a las otras complicaciones mencionadas ofrece un pronóstico malo. La sospecha clínica junto con un interrogatorio dirigido nos encaminará al diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: leptospirosis, enfermedad tropical, síndrome febril, cefalea, hiperhemia conjuntival.

0852 Tuberculosis peritoneal en una paciente embarazada

Flores Rómulo Omar, Sánchez Hector Mauricio, Mata Ruben, Saenz Barbara, Cardenas Jesus Alberto, Ramos Javier, Nañez Homero
Hospital Universitario José E González, Universidad Autonoma de Nuevo Leon

Introducción. La tuberculosis (TB) es un problema de salud mundial. La TB peritoneal tiene una incidencia mundial de 0.1 a 0.7%. Son factores de riesgo: VIH, cirrosis, alcoholismo, diabetes mellitus, inmunosupresión y la diálisis peritoneal. La clínica es ascitis (90%), dolor abdominal (70%) y fiebre (50%). La TB peritoneal en el embarazo es una entidad rara y hay pocos casos reportados. Es un reto diagnóstico por la inespecífica presentación. **Objetivo.** Reportar el abordaje diagnóstico en una paciente embarazada con TB peritoneal. **Caso clinico.** Femenino de 30 años sin antecedentes relevantes, con embarazo de 16.5 semanas que presentó aumento de perímetro abdominal, fiebre subjetiva vespertina y disfagia a solidos de 3 semanas de evolución. Se presentó con ascitis moderada. Se solicitó prueba de función hepática, VIH, hepatitis B y C, sin alteraciones y se aplicó PPD. La tele de tórax resulto sin anormalidades, el US y la RM mostraron ascitis, engrosamiento de epiplón e implantes peritoneales. Se midió CA-125 sérico en 999.7 U/ml. Al 3er día presentó fiebre de 38.6 °C vespertina y el PDD no fue reactivo. Se realizó paracentesis y se obtuvo líquido xantocromico con 243 leucos/mm3 (63% PMN), PH 8.0, glucosa 40mg/dl, DHL 398, proteínas 3.3g/l, albumina 0.9, GASA 1.1, ADA en 8.9 U/L. Al 5to día se realizó endoscopia superior e inferior encontrando ulceras esofágicas de 2x2 cm con inclusiones citoplasmáticas características de herpes virus; se inició aciclovir. Al 7mo día se tomó epiplón por laparoscopia y se apreciaron BAAR y granulomas. Se envió muestra de epiplón para PCR resultando negativo. Se inició DOTBAL y en dos semanas se egresó para seguimiento ambulatorio. A las 2 semanas reingreso con asistolia fetal, se realizó extracción de óbito de 19 semanas sin complicaciones maternas. La paciente continúa tratamiento con buena respuesta. **Conclusiones.** La clínica insidiosa e inespecífica se puede enmascarar con la sintomatología del embarazo temprano. El PPD es no reactivo en 30%, la tele de tórax muestra hallazgos en un porcentaje similar. Los datos en el US son ascitis, el engrosamiento del epiplón > 1.5cm, linfadenopatia y septos peritoneales. El ADA en líquido peritoneal es muy sensible (100%) y específico (97%), con punto de corte de 36 a 40 U/L, en nuestro caso no fue útil. El CA-125 en la TB peritoneal ha sido útil para medir la respuesta terapéutica. El abordaje laparoscopico tiene rendimiento diagnóstico de 85-95%. El gold estándar

diagnóstico es la identificación de M. tuberculosis en la ascitis o la biopsia peritoneal. El cultivo de líquido peritoneal tiene baja sensibilidad y el tiempo de espera es prolongado. El PCR de tejido no pulmonar no está aprobado por la FDA; podría ser de ventaja porque el resultado se da en horas. El tratamiento de la TB peritoneal en el embarazo no difiere de la TB pulmonar. Es de vital importancia un abordaje eficiente para evitar la mortalidad materno fetal.

Palabras clave: tuberculosis, peritoneal, embarazada, laparoscopia, BAAR, ADA.

0862 Meningitis crónica con siringomielia por *Coccidioides*

Patlan Hazel Ali, Magaña Martín
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción. Coccidioides es un hongo que a nivel de sistema nervioso central puede ocasionar meningitis crónica. Se tiene que hacer diagnóstico diferencial con causas neoplasicas, autoinmunes y otras infecciosas. **Objetivo.** Fomentar que en el abordaje de meningitis crónica en nuestro medio se debe descartar Coccidioides sp. debido a que el pronóstico puede ser favorable con tratamiento temprano. **Caso clínico.** Masculino de 32 años, jornalero, de S.L.P. 2 meses con vértigo, nausea y vómito, pérdida de peso 11 kg, crisis convulsivas. Exploración física: orientado, papiledema bilateral, parálisis del VI par bilateral, hiperreflexia generalizada, fuerza 4/5 en MIs, signos meníngeos(-). Se solicita Ac VIH (-). Tele de tórax: normal.TAC de cráneo:hidrocefalia. PL: liquido xantocrómico, proteínas 2248, glucosa 37, leucocitos 8, eritrocitos 748, glucosa LCR/sérica 0.36. Se inicia DoTBal y dexametasona. ZN y PAS de LCR, Baciloscopias de expectoración, PCR mycobacterium tuberculosis en LCR negativos. Tinta china:(-). Tinciones negativas para celulas neoplasicas. PPD(-). VDRL(-) Lowestein-Jensen/Sabouraud: sin desarrollo. RMN Cráneo con reforzamiento leptomeníngeo. Reingresa 15 días después del egreso con cuadriparesia. RMN de Columna: siringomielia y aracnoiditis a nivel de cervicales se realizó craneotomía y toma biopsia consistente con *Coccidioides* sp. **Conclusión.** Se debe de realizar fijación de complemento y/o biopsia de meninges en el abordaje de meningitis crónica.

Palabras clave: coccidioidomicosis, meningitis crónica, siringomielia.

0866 Púrpura trombocitopenica autoinmune asociada a coccidioidomicosis diseminada

Patlan Hazel Ali, Gudiño Pedro, Sánchez Diego, Ortiz Arturo, Sánchez Carmen Isabel, Oros Cuauhtémoc

Introducción. Coccidioidomicosis una micosis ocasionada por el hongo Coccidioides endémico en el sur de Estados Unidos y en el norte de México, la infección se adquiere al inhalar las artroconidias durante actividades recreacionales u ocupacionales. **Objetivo.** Presentar el primer caso en México de Trombocitopenia Inmune asociada a un caso de coccidioidomicosis diseminada. **Exposición del caso.** Masculino de 34 años, originario de S.L.P. albañil. Refiere 3 meses con tos, expectoración escasa, diaforesis, fiebre y pérdida de peso de 4 kg. Un mes con equimosis en las 4 extremidades, epistaxis. Médico particular detecta trombocitopenia e inicia prednisona 50 mg/5 días, con reducción paulatina y suspende a las 3 semanas. Al no observar mejoría es enviado a nuestro Hospital. Exploración física: lesiones máculo-papulares en cara y tórax, equimosis en abdomen, miembros superiores e inferiores. Laboratorios: Hb 14.1, Plt 6.900 Leu 9.05, PCR 11, Ac HIV (-). TAC de tórax: patrón micronodular. Biopsia de las lesiones de cara consistente con coccidioidomicosis. Biopsia de médula ósea: normocelular con datos hematopoyesis eficaz. Cultivo de lesión de piel: Coccidioides sp. Se inicia Itraconazol. Respuesta clínica favorable. **Conclusión.** Describimos un caso inusual de coccidiodomicosis diseminada a pulmones, piel, medula ósea asociado a trombocitopenia inmune. La biopsia y cultivo

de piel llevaron al diagnóstico. El conocimiento de esta entidad puede evitar tratamientos innecesarios.

Palabras clave: púrpura trombocitopenica autoinmune, coccidioidomicosis diseminada.

0873 Coccidioidomicosis mediastinal: reporte de caso

Flores Rómulo Omar, Martínez Mauricio, Hernandez Dalí Alejandro, Escobedo Nicolas, Martínez Jose Dario, Rodriguez Rene, Nañez Homero
Hospital Universitario José E. González, Universidad Autonoma de Nuevo Leon

Introducción. Las coccidioidomicosis es causada por el hongo dimórfico Coccidioides (*C. immitis* and *C. posadasii*). Infección endémica de las zonas desérticas del sur de E.U.A y del norte de México. La infección se produce usualmente por la inhalación de artroconidias. La clínica varía de una neumonía autolimitada (fiebre del valle de San Joaquín) hasta la enfermedad diseminada. Puede haber fatiga y artralgias incapacitantes (reumatismo del desierto), diaforesis nocturnas, pérdida de peso y adenomegalias. Los principales diferenciales son: tuberculosis, linfoma y malignidad. La piel y el tejido subcutáneo son lugares comunes de diseminación extrapulmonar (eritema nodoso o multiforme), seguido de articulaciones, vertebras y el SNC. Lugares poco comunes de diseminacion son ojos, mediastino, hígado, riñones, peritoneo, etc. El diagnostico ideal es la visualización directa de las esferulas o el cultivo del tejido infectado. La detección de anticuerpos por inmunodifusion es el más específico de resultar positivo. La fijación de complemento (IgG) suele tener títulos > 1:16. Fluconazol o itraconazol por 6 a 12 meses son buenas opciones, reservando posaconazol y anfotericina para los casos resistentes. **Objetivo.** Reportar la clínica usual e inusual de la coccidioidomicosis y hace énfasis en que se debe considerar dentro del diferencial de las enfermedades pulmonares y/o con adenopatías y afección sistémica en las áreas endémicas. **Caso clinico.** Masculino de 45 años del noreste de México, jardinero, con historia de epigastralgia irradiada a cuello de 15 días de evolución. A la exploración física sin hallazgos relevantes. Se descartó infarto al miocardio y se realizó tele de tórax encontrando ensanchamiento mediastinal. En los laboratorios se evidencio leucocitosis neutrofilica. A la TC contrastada de tórax se encontraron múltiples adenopatías mediastinales y micronodulaciones pulmonares difusas. Procedimos a broncoscopia con biopsia que resulto negativa para hongos, BAAR, bacterias y neoplasia. Se llevó a cabo mediastinoscopia con biopsia de adenomegalias encontrándose esférulas de 20-70 micrones compatibles con *Coccidioides* spp. en tinción KOH y en Gromori grocott. Se inició fluconazol con respuesta favorable. **Conclusión.** El diagnostico de coccidioidomicosis se debe considerar en las áreas endémicas a la par de la sospecha por tuberculosis, linfoma o malignidad. Es una infección infradiagnosticada debido a que el cuadro más común es el de una neumonía autolimitada. Es una enfermedad potencialmente mortal si se retrasa el diagnostico aun en individuos inmunocompetentes.

Palabras clave: coccidioidomicosis, mediastinal, mediastino, micosis, extrapulmonar, pulmonar.

0882 Presentación inusual de linfoma no hodgkin en paciente con VIH: reporte de caso

Flores Rómulo Omar[1], Escobedo Nicolas[1], Pérez Eduardo[1], Martínez Jose Dario[1], Hernandez Pedro Alberto[1], Rodriguez Rene[1], Nañez Homero[1]

Introducción. El linfoma no Hodgkin (LNH) sistémico es la presentación más común de los linfomas relacionados al VIH. Alrededor de 30% de los pacientes VIH + tendrán una neoplasia maligna y en el 10% será un LNH. La variedad difuso de células grandes es la más común. En comparación con la población general, los pacientes VIH + tienen 400 veces más riesgo de presentar un linfoma agresivo. Son factores de riesgo: CD4 100,000 copias/ml y no

tener tratamiento antirretroviral. La mayoría de los pacientes con LNH y VIH se presentan en estadio avanzado y la mortalidad es alta. La adición de rituximab a CHOP si los CD4 son >50/mm3 mejora la respuesta al tratamiento. **Objetivo.** Reportar las particularidades de los LNH asociados al VIH con un caso clinico. **Caso clinico.** Masculino de 27 años VIH + tratado con abacavir, lamivudina y efavirenz con historia de masa inguinal, diaforesis nocturna de 1 mes de evolución y aumento de perímetro abdominal de 7 días de evolución. Se realizó TC y se evidencio hepatoesplenomegalia con múltiples hipodensidades mal definidas y adenopatías retroperitoneales. Se realizó biopsia de adenopatía inguinal y resulto un LNH difuso de células grandes tipo B CD20 +, Ki67 90%. Se le inicio R-CHOP. **Conclusión.** Los LNH en el VIH son agresivos y de mal pronóstico.Se ha reportado una sobrevida de 40% para la variedad difusa de células grandes. Los antirretrovirales han mostrado disminuir la incidencia y mejorar el pronóstico. **Palabras clave:** linfoma, VIH, antirretrovirales, rituximab, hepatomegalia, hepatoesplenomegalia.

0884 De lo citológico a lo molecular en la búsqueda del cáncer de cérvix: los primeros pasos en la detección del virus del papiloma humano por PCR

Hurtado José Manuel[1], Mora Sandra Ines[1], Sierra Jesús Alejandro[2], Torres Beatriz[1], Rivera Alma Gisela[1]
1.Universidad Veracruzana; 2.ISSSTE

Introducción. Cada año se estiman 300 millones de infecciones nuevas por VPH sin anomalías detectables. Una de las causas es la falta de revisión periódica después del primer contacto sexual y la otra es que el método diagnóstico más ampliamente usado para la detección del VPH es la citología, la cual puede detectar los cambios celulares antes de que se conviertan en una carcinogénesis pero no permite verificar la presencia del ADN viral, ni tampoco determinar el tipo de VPH presente en una lesión, lo cual es una información de gran relevancia considerando que algunos tipos virales están estrechamente asociados con el desarrollo de condiciones malignas, de hecho datos epidemiológicos y virológicos, estiman que el VPH está presente en más del 90% de los casos de cáncer de cuello uterino. En México, el cáncer cervico uterino es el más común en la mujer y ocupa el primer lugar entre los tumores malignos de la población femenina. Es causante de 5,777 defunciones por año, con una tasa de mortalidad de 18.3 por cien mil mujeres de veinticinco años o más, y un índice de 12,516 nuevos casos por año. **Objetivo.** Determinar los serotipos oncogénicos de VPH por el método de PCR, asociados a su ocurrencia en mujeres veracruzanas que asisten rutinariamente a su estudio citológico anual. **Material y métodos.** Se desarrollo estudio observacional transversal, en muestras citológicas de mujeres de 18 a 90 años que son procesadas en el área de biología molecular de la clínica de medicina familiar del ISSTE en la ciudad de Veracruz, Ver. durante el 2016. Las muestras se preservan en solución PreservCyt, y el procedimiento de obtención es el mismo que el de la toma citológica convencional. Se realiza la extracción de DNA del VPH y DNA celular en el equipo COBAS X 480. Se identifica un pool de VPH de alto riesgo (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82) y los VPH 16 y 18. **Resultados.** Se estudiaron 5,493 mujeres de 18 a 90 años de edad, con una media de 46.8±11.7 años. El 29.4% correspondió al grupo de 50 a 59 y de 40 a 49 años, seguidos del 19.8% que corresponde al grupo de 30 a 39 años y el 13.7% es del grupo 60 y más. Resultaron positivas a VPH con al menos uno de los 14 genotipos que la prueba detecta 867 mujeres (15.8%). De las cuales 122 mujeres (14.07%) resultaron positivas para el Genotipo 16, cincuenta (5.76%) para el Genotipo 18 y 796 (91.81%) positivas para uno de los 12 Genotipos que la prueba detecta simultáneamente. En algunos casos se

obtuvo positividad a más de un genotipo. El 16 y el 18 en 8 casos (0.9%), el 16 y el pool en 60 casos (6.92%), y el genotipo 18 y el pool en 26 casos (3%). **Conclusión.** 16 de cada 100 mujeres portan un serotipo oncológico de VPH, las pacientes de 40 a 59 años son las más afectadas, por consiguiente debe ser la PCR la técnica obligada junto con la citología los estudios rutinarios en la lucha del cáncer cervicouterino.

Palabras clave: VPH, PCR, ISSSTE, cáncer cervicouterino, veracruz, mujeres.

0885 Vasculitis leucocitoclástica en paciente mayor con múltiples factores de riesgo. Reporte de caso.

López Bianca Eunice, Rodríguez Marco Antonio, Castañeda Paulo Francisco, Jaime Diego Alberto, González Mario, Estevez Raúl

Hospital San Ángel Inn Universidad

Introducción. La vasculitis leucocitoclástica engloba un síndrome resultado de inflamación secundaria a depósito de inmunocomplejos en la pared vascular. Representa la forma de aparición más frecuente de vasculitis cutáneas.Está asociada a procesos infecciosos, neoplásicos, enfermedades autoinmunes y fármacos, aunque es idiopática en 50% de los casos. Suele tener manifestaciones exclusivamente cutáneas El diagnóstico es clínico confirmado por biopsia, apreciándose infiltración neutrofílica de paredes vasculares y daño fibrinoide. **Objetivo.** Exponer el presente caso en su abordaje diagnóstico y tratamiento, dado el reto diagnóstico. **Reporte de caso.** Paciente femenino de 77 años,alérgico a ß-lactámicos, Antecedente activo de infección de prótesis de rodilla derecha en tratamiento conservador debido a rechazo al tratamiento quirúrgico. A su ingreso se aprecia rodilla derecha edematosa,con hiperemia e hipertermia y dolor a la movilización. FC120 lpm, TA112/68 mm/Hg, FR20/min y Temp. 39.2ºC. Estudios de extensión reportaron leucocitosis de 16x103/µL, Neutrófilos 67%, Bandas 19%, PCR 11 mg/dL, VSG 10 mm/hr, procalcitonina 0.9 ng/mL. Se retira material protésico y se obtienen muestras para cultivo. Se inician meropenem, linezolid y fluconazol intravenosos, con base en hallazgos en tinciones. Cuatro días luego de procedimiento, presenta dermatosis localizada en dorso de mano derecha, con máculas eritematosas no dolorosas ni pruriginosas, progresando a vesículas de contenido liquido grisáceo, confluentes, con evolución ulcerativa de centro necrótico, edema y base hiperémica perilesionar; ulteriormente presenta lesión de mismas características y progresión en miembro contralateral con probable reacción patérgica, signo de Nikolsky negativo. En cultivos se reporta identificación de P. mirabilis, E. faecalis, Staph. aureus, Strep. bovis y C. glabrata, ajustando tratamiento a levofloxacino, linezolid y voriconazol, secantes y antihistamínicos sistémicos, sin mejoría; se obtiene biopsia de lesión, agregándose tacrolimus tópico en lesiones y prednisona sistémica. Tras 3 días de tratamiento se aprecia mejoría con disminución de edema e involución paulatina y producción de costra hemática, con resolución completa de lesiones, reportándose estudio patológico que confirma hallazgos compatibles con Vasculitis Leucocitoclastica. **Conclusiones.** El tratamiento tiene como objetivo disminuir el proceso inflamatorio y limitar la necrosis. Primeramente se recomienda eliminar la probable causa desencadenante, pudiendo usarse a la vez corticoesteroides y/o inmunosupresores con objeto modular la respuesta inflamatoria. La dapsona o la colchicina pueden ser de beneficio casos como el presente, exponen la importancia de diagnóstico y tratamiento oportunos, dados los múltiples factores de riesgo asociados presentados por la paciente y la imposibilidad para suspender el tratamiento antimicrobiano, por lo que se hace énfasis en que el tratamiento debe ser individualizado e integral.

Palabras clave: vasculitis, leucocitoclástica, diagnóstico, abordaje, tratamiento, riesgo.

0895 Adrenalitis infecciosa por tuberculosis en paciente con VIH

Martínez Javier Alejandro, García Gisela
Hospital Universitario Jose Eleuterio Gonzalez Gonzalitos, Universidad Autonoma de Nuevo Leon

La insuficiencia suprarrenal es reportada ya en la literatura como la principal causa de deficiencia endocrinológica en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana. En reportes ya se esclarece como el 20% de los pacientes internados con el padecimiento presentan alteración Se interconsulta con Medicina Interna paciente femenina de 29 años de edad, con diagnostico reciente de VIH en tratamiento con lopinavir + ritonavir (200 mg/ 50 mg) 2 tabletas cada 12 horas y lamivudina + zidovudina (150/300 mg) 1 tableta cada 24 horas encontrandose en su sexto dia postoperada por cesarea de urgencia donde se obtiene un óbito femenino de 30.2 sdg. La paciente acude a urgencias del Hospital Universitario Jose Eleuterio Gonzalez referida de Hospital de zona rural al presentarse con ataque al estado general y diarrea (6 episodios los últimos 2 dias con bristol 6). Durante su abordaje en urgencias la paciente es recibida por el servicio de perinatología quienes al realizar ultrasonido detectan anhidramnios y sufrimiento fetal por lo que se decide su manejo quirúrgico de urgencia, obteniendo un óbito femenino. La paciente se mantiene en cuidados postquirúrgicos con una radiografia de tórax con infiltrado pulmonar intersticial y pasa a cargo de ginecología en donde comienza con hipoglucemias sintomáticas de 47 por lo que se solicita interconsulta a medicina interna. Se reporta hiponatremia Hipoosmolar hipovolémica de 131, hipokalemia de 5.7 e hipoglucemia de 47, se solicita durante su abordaje fisicoquímico de heces el cual se reporta normal, coprocultivo negativo, patógenos oportunistas en heces negativo. La paciente persiste con su cuadro hasta que se solicita cortisol serico el cual se reporta bajo. Se comienza su manejo con dexamentasona y la paciente mejora su clínica euglucemica mejorando sus electrolitos séricos y cediendo las evacuaciones diarreicas, durante su abordaje se solicita TAC de tórax en donde se observa patrón de vidrio despulido, sospechando una infección oportunista se realiza broncoscopia con lavado broncoalveolar en donde se aisla BAAR llegando al diagnostico de tuberculosis pulmonar.

Palabras clave: tuberculosis, hipocortisolismo.

0909 Criptococosis en un paciente con VIH

Patlán Ali Hazel, De la Maza Salvador, Ortiz Arturo, Gómez Nadia, Mendoza Hortencia Elizabeth
Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Introducción. Criptococosis es una micosis sistémica causada por especies basidiomicetes con alta predilección a invadir sistema nervioso central. Rara vez criptococo afecta dos o más órganos. En pacientes con VIH causa una mortalidad de un 10-25% a pesar de tratamiento antifúngico y hasta el 60% mueren durante el primer año del inicio de la infección. **Objetivo.** Se presenta un caso de Meningitis por criptococo con coroiditis, diseminación a piel y con fungemia persistente con la intención de exponer el difícil acceso al tratamiento de elección en México. **Caso clínico.** Paciente masculino de 26 años de edad toxicómano y relaciones sexuales de riesgo. 2 meses previo a su internamiento náusea y vómito, dolor generalizado, cefalea y fiebre. Pérdida de 6 kg en 1 mes. A su ingreso agitado y combativo, caquéctico, lesiones tipo pápulares en cara. Fundoscopía con lesiones características con coroiditis. Sin datos meníngeos. ELISA para VIH positivo. TC de cráneo sin presencia de lesiones ocupativas. TC de tórax con imagen de vidrio despulido en ambas bases pulmonares. Punción lumbar con presión de apertura de 21 cmH2O, 43 proteínas, 6 células, glucosa 20mg/dl (sérica en 60 mg/dl), tinta china positivo. Biopsia cutánea

y hemocultivos con formas levaduriformes encapsuladas. **Conclusiones.** En pacientes con VIH y meningitis por criptococo habrá que descartar diseminación a otros órganos. En nuestro Hospital es difícil el acceso al tratamiento de elección.

Palabras clave: criptococo, criptococosis, VIH.

0934 Criptococosis meníngea en paciente no inmunocomprometido. Reporte de un caso atendido un hospital público de segundo nivel

Arcelia de Lourdes Muñoz Medrano[1,2], Carlos Melendrez Almiralla[2], Fanny Elizabeth Jauregui Rodriguez[3]

1.Centro Universitario de Costa. Universidad de Guadalajara; 2.Hospital Regional Puerto Vallarta, Secretaria de Salud Jalisco; 3.Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara[3]

La criptococosis es una infección causada por un hongo: *Cryptococcus neoformans*. Es frecuente en pacientes inmunocomprometidos, especialmente en pacientes con VIH. Cualquier órgano o sistema se puede afectar, pero la presentación pulmonar y de sistema nervioso central son las más comunes. **Descripción del caso.** Mujer de 53 años de edad sin antecedente de enfermedades crónico degenerativas. Toxicomanias negadas. COMBE negado. No fauna doméstica en casa. De extracto socioeconómico bajo. Presenta crisis convulsivas desde hace aproximadamente 4 meses. Estado confusional en últimas 3 semanas. Posteriormente se agrega deterioro neurológico en los últimos 5 días. A su ingreso con Glasgow de 8 (02 V1 M5), pupilas isocoricas, no rigidez en cuello, hemiplejia izquierda, extremidad normotroficas, con hipereflexia +++, babinky izquierdo. Tórax con campos pulmonares bien ventilados, sin estertores ni sibilancias. Área cardiaca rítmica sin soplos. Abdomen asignológico. En paraclínicos se BH con valores normales, excepto en la cuenta diferencial de leucocitos donde predominaron linfocitos en un 60%. VIH negativo. Rx de tórax: normal. TAC de cráneo se reporta normal. Punción lumbar con presión normal. Tinción de KOH positivo y Tinta China positiva. Revisión de patología en tinciones reporta: microorganismos compatibles con cryptococcus neoformas. La paciente recibe manejo con anfotericina B por 21 días y posteriormente fluconazol a su egreso. Durante su estancia hospitalaria desarrollo cuadro de trombosis venosa profunda en miembro pélvico izquierdo. A su egreso con mejoría neurológica conciente, bradipsiquica y bradislalica, con hemiplejia izquierda. **Comentario**. La literatura médica reporta criptococosis meníngea es un diagnóstico diferencial de cualquier paciente con hallazgos sugestivos de meningitis crónica, aun en pacientes no inmunocomprometidos. Una buena respuesta al tratamiento no garantiza cura, e inclusive pueden existir recaídas aun en pacientes con sistema inmune relativamente intacto.

Palabras clave: criptococosis, meningea, infección, *Cryptococcus neoformans*.

0937 Histoplasmosis progresiva aguda diseminada. Reporte de caso

Rodríguez Marco Antonio, Castañeda Paulo Francisco, López Bianca Eunice, Jaime Diego Alberto, González Mario, Estevez Raúl

Hospital San Ángel Inn Universidad

Introducción. *Histoplasma* spp es un hongo dimorfo ubicuo, relacionado a depósitos naturales de guano. Es uno de los agentes invasivos endémicos más importantes en pacientes inmunosuprimidos. En este grupo se asocia a infección por VIH y trasplante de órgano sólido. En México se reporta como la segunda infección fúngica no nosocomial más prevalente. En el grupo mencionado, Histoplasma spp puede provocar infecciones graves que derivan en morbilidad elevada. **Objetivo.** Exponer el presente caso en su abordaje diagnóstico, presentando datos cardinales para el diagnóstico por su relevancia didáctica. **Reporte de caso.** Hombre de 24 años,

residente de Zihuatanejo, Gro., médico. Antecedente de visita a selva y cuevas un mes previo a su internamiento, contacto con tuberculosis positivo en mismo periodo debido a profesión, bisexual, IVSA a los 22 años con 4 parejas sexuales, 2 del mismo sexo, con uso de preservativo. Presenta temp. de 38.5 °C, artromialgia, diaforesis nocturna y diarrea líquida sin moco o sangre. Inicia tratamiento con Imipenem tras agregarse tos con expectoración hialina y deterioro respiratorio progresivo, sin respuesta. Se traslada a la Ciudad de México, encontrándose con FC 128 lpm, FR 24/min, TA 90/60 mm/Hg, SatO2 86%. Presenta adenopatías bilaterales de 1 cm en región anterior cervical y supraclavicular, blandas, móviles, no dolorosas y estertores respiratorios diseminados. Hígado y bazo palpables. Prueba de Influenza A y B negativa, Leu 3.51 x103/µL, Neu 77.0%, HB 7.5 g/dL, Alb 2.2 g/dL, Cr 0.77 mg/dL, DHL 3784 U/L, ALP 242 U/L, AST 229 U/L, ALT 68 U/L, GGT 534 U/L, PCR 20.52 mg/dL, VSG 45 mm/hr. TAC tórax: patrón pulmonar micronodular difuso bilateral. Adenopatías cervicales, mediastinales, mesentéricas y hepatoesplenomegalia. Prueba rápida de VIH positiva, conteo de CD4 99 células/µL,carga viral de VIH de 76.000 copias En tinción Wright de líquido bronquioalveolar y de mielocultivo se observan levaduras intracelulares compatibles con *Histoplasma* spp. Resto de tinciones y detección molecular de tuberculosis, negativas.Se administra anfotericina B liposomal por 14 días, presentando defervescencia, mejoría respiratoria y corrección de alteraciones hematológicas y hepáticas, continuando tratamiento con itraconazol, trimetoprim/sulfametoxazol y prednisona. **Conclusiones.** Dada la creciente cantidad de patologías inmunosupresivas, es importante considerar infecciones como la presente. Se recomienda ajustar el abordaje diagnóstico al detectar factores de riesgo para infecciones fúngicas y considerar que, en infecciones agudas, aumenta la probabilidad de obtener resultados falsamente negativos, o bien, pueden no encontrarse disponibles al momento.

Palabras clave: fungemia, micosis invasiva, VIH, inmunosupresion, endemico, aguda.

0939 Vasculitis leucocitoclástica secundaria a infección por VIH: reto diagnóstico para el internista.

Sánchez Oswaldo Augusto, Arenivar Carlos, Zaldivar Nedele
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Las vasculitis leucocitoclásticas, ambién denominadas vasculitis por hipersensibilidad, son vasculitis de vasos de pequeño calibre. La biopsia demuestra inflamación de pequeños vasos sanguíneos, más prominente en las vénulas postcapilares, aunque también afecta arteriolas y capilares. Se le denomina desde el punto de vista anatomopatológico, vasculitis leucocitoclástica, debido a la presencia del fenómeno de leucocitoclasia (fragmentación de los núcleos de los neutrófilos) en la pared de los vasos y alrededor de los mismos. Pueden ser primarias o secundarias y el síntoma más característico de ellas es la púrpura palpable localizada fundamentalmente en los miembros inferiores. La etiología es variable incluyendo causas autoinmunes, fármacos, infecciosas y paraneoplásicas por lo que el diagnóstico conlleva un gran reto para el internista; el tratamiento va encaminado a la causa desencadenante. **Objetivo.** Presentar un caso clínico de vasculitis leucocitoclástica secundaria a infección por VIH diagnosticado en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades CMN La Raza, así como revisión de la literatura. **Exposición del caso.** Femenino de 25 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares ni personales de importancia, laboraba como edecán y refiere múltiples parejas sexuales en el último año. Inicia padecimiento 2 semanas previas con presencia de dermatosis en miembros inferiores caracterizada por lesiones purpúricas que no desaparecían a la presión digital. La paciente negaba otro síntoma general

como fiebre, pérdida de peso o datos clínicos de infección; negaba el uso de drogas así como ingesta de fármacos previamente. Posteriormente presentó artralgias en miembros superiores y ante la presencia de dichas alteraciones es referida a servicio de medicina interna para protocolo de estudio. A su ingreso se encuentra con signos vitales FC 70, FR 16, Temp 38, TA 110/70, satO2 95%. A la exploración física destaca la presencia de lesiones en miembros inferiores, sin otra alteración a la exploración. Laboratorios destaca la presencia de linfocitos 800mm3; como protocolo de estudio se solicitan anticuerpos antinucleares y factor reumatoide siendo negativos, se solicita TC de tórax y abdomen sin presencia de alteraciones, así mismo se descarta malignidad, afección a nivel renal u otro sistema. Por antecedentes de riesgo para enfermedades de transmisión sexual se solicita panel viral para virus de hepatitis B, C y VIH, siendo reactivo para VIH por lo que se solicita prueba confirmatoria por inmunotransferencia con reporte positivo, realizandose diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana e iniciando tratamiento con antirretrovirales. **Conclusiones.** La vasculitis leucocitoclastica es una manifestación sistémica de un amplio número de enfermedades, implicando un reto diagnóstico para el médico internista por lo que la sospecha y el conocimiento de las etiologías lleva a una correcta identificación y tratamiento.

Palabras clave: vasculitis leucocitoclastica, infección por VIH.

0944 Abordaje de lesión cavitada pulmonar no todo es tuberculosis

Calzada Jade[1], Flores Ángel Paul[2], Quiñones Francisco[2]
1.Centro Médico ISSEMYM Ecatepec; 2.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción. Las lesiones pulmonares intraparenquimatosas cavitadas formadas por un proceso infeccioso secundario a la introducción en el árbol bronquial de una carga microbiológica importante tienen un comportamiento crónico y dentro de su abordaje se requiere de la anamnesis pertinente que oriente sobre los factores de exposición de los pacientes y que nos ayuden a aplicar de forma asertiva las herramientas diagnósticas con las que contamos. **Objetivo.** Generar sospecha diagnóstica más allá de tuberculosis en el abordaje de las lesiones cavitadas del pulmón. **Exposición del caso.** Masculino de 65 años de edad, originario y residente de la Ciudad de México, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 en 2001 en tratamiento desde hace 2 años con Glibenclamida y Metformina, Hemoglobina glucosilada en 8%. Refiere exposición a asbesto en la infancia aproximadamente por 10 años, y antecedente de trabajo en San Luis Potosí como supervisor de obra de construcción por aproximadamente 2 años en una zona desértica, además en 2013 exposición importante a aguas residuales en estado de Durango. Tabaquismo positivo por 20 años: índice tabáquico de 10 paquetes/año. Inició padecimiento en 2013 secundario a exposición intensa de aguas residuales, presenta tos no productiva, en accesos, disneizante, no cianozante, no emetizante, refiere además sudoraciones nocturnas ocasionales. Niega fiebre, pérdida de peso. En 2015 continúa con tos la cual se vuelve productiva con esputo amarillento y en ocasiones hemoptoicos, además pérdida de peso no especificada, refiere realizar BAAR con resultado negativo, se realiza TAC de tórax donde detecta alteraciones no especificadas. Acude a médico hasta en Abril del 2017 y es referido al INER. En radiografía de Tórax en Hemitórax derecho se observa imagen radiolucida en tercio superior redondeada de bordes regulares sugerente de cavitación. **Conclusiones.** Ante los factores de riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 y exposicionales, además de la evolución crónica se sospechan de hongos causales del padecimiento del paciente, se realiza serología para Coccidioides immitis la cual se reporta con IgM negativo (0.059) e IgG positivo

(3.277). Se realiza tomografía de tórax contrastada en la cual se evidencia lesión cavitada en lóbulo superior de pulmón derecho de bordes definidos compatible con Micetoma, además de que se observa aumentada de tamaño en comparación con estudio previo, se realiza la resolución quirúrgica de la lesión con lobectomía superior derecha y resección en cuña. En el procesamiento de la biopsia se encuentra por microbilogía crecimiento de Coccidioides immitis y en reporte de anatomía patológica se evidencia aspergiloma en caverna, con inflamación cónica granulomatosa multifocal, con nódulos fibrocaseosos en pared de caverna y parénquima pulmonar adyacente. En la resolución del caso nos enfrentamos a enfermedad cavitaria pulmonar secundaria a Coccidioides immitis, con cavitaciones colonizadas por Aspergillus spp.

Palabras clave: micetoma, cavitación pulmonar, aspergiloma, *Coccidioides immitis*.

0945 Hepatitis aguda por dengue virus

Castro Ana Gabriela, Tellez Carlos, Pérez Eduardo
Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez

Masculino de 55 años de edad, con antecedente de infeccion previa por virus de hepatitis a,hace 40 años. Se presenta con cuadro de fiebre de 40º sin predominio de horario, acompañado de malestar general ,mialgias y artralgias generalizadas acompañado de fiebre de 40º sin predomino de horario, posterior a esto se agrega diarrea sin moco ni sangre, nausea y vomito de contenido alimentario;el paciente continua con sintomatologia ademas presenta melena y vomito en pozos de café motivo por el cual acude a consultar; dentro de sus labortorios de ingreso se encuentra con leu 4840, plt 7740, tp 24.9 INR 2.04 TTP 73.2 glu 159 cr 1.9 bun 26 bil t 2.4 bd 1.3 alt 2343 ast 7751 fa 101dhl 7865 ggt 436, por lo que es ingresado con diagnostico de hepatits aguda de orgen a determinar. Se le realizo serologia IgM/IgG para dengue la cual resultó positiva, por lo que se diagnostica paciente con dengue grave y hepatitis auda por dengue virus.

Palabras clave: hepatitis, aguda, virus, dengue, fiebre, fulminante.

0957 Bronquiectasias y aspergilosis broncopulmonar alérgica. Presentación de un caso atípico.

Martínez Juan Manuel
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

La aspergilosis broncopulmonar alérgica es un proceso de hipersensibilidad con una prevalencia no muy clara y en ocasiones de difícil diagnóstico. Los criterios diagnósticos propuestos por la International Society for Human and Animal Mycologypero quedando excluídos pacientes con evidencia del cuadro y reportados en la literatura. A continuación presentamos un caso de ABPA el cual su diagnóstico nos encausó a cuestionar la utilidad de los criterios previamente mencionados. Femenino de 62 años, exposición humo de biomasa > 50 horas/humo, obesidad, tos crónica y disnea progresiva, múltiples hospitalizaciones por neumonía, uso de broncodilatadores , glucocorticoides y oxígeno ambulatorio. Acude a urgencias paciente con insuficiencia respiratoria hipoxémica, hemodinámicamente estable y afebril, econtrando sibilancias bilaterales e hipoxemia. Laboratorios con leucocitosis con neutrofilia e hipereosinofilia con leucocitos 23.3 k/ul y eosinófilos 6.1 k/ul. Se inicia ceftazidima, glucocorticoides sistémicos y broncodilatadores con mejoría parcial. En TAC de tórax con infiltrado reticular difuso, con nódulos centronodulillares, patrón en árbol de gemación y bronquiectasias basales, con ganglios linfáticos reactivos, con quistes hepáticos simples. Cultivo de expectoración: Pseudomonas aeurginosas, sensible a ceftazidima. Broncoscopía + lavado bronquioalveolar con abundantes secreciones mucopurulentas y edema de mucosa. Eosinófilos en LBA 18%, tinción de gram con moderados PMN y cultivo de broncoscopía negativo.

GenXpert para micobacterias negativo, BAAR y KOH negativo. TAC de senos paranasales con pansinusitis. Panel VHB, VHC y VIH negativo. Galactomanano sérico y LBA negativo. Hemocultivos periféricos negativos. P-ANCA y C-ANCA negativos. Seroameba negativo. Coproparasitoscópico seriado negativos. Antígeno urinario para Histoplasma negativo. Frotis de sangre normal. IgE total de > 5000 UI/L y resultado IgG, IgM e IgG contra Aspergillus positivo. Iniciamos fluconazol mas esteroides con mejoría evidente, egresando sin complicaciones Es indudable la necesidad de actualizar los criterios diagnósticos de la enfermedad. En el caso presentado la evolución en seguimiento es satisfactoria sin recurrencias de disnea.

Palabras clave: aspergilosis broncopulmonar alérgica, neumonía eosinofílica, ABPA atípica, bronquiectasias.

0964 Identificación de un aislamiento clínico de *Nocardia* spp. Mediante MALDI-TOF MS

Pérez Eduardo, Castro Ana Gabriela, Medina Isai, Martínez Michel Fernando, Vera Lucio, Flores Samantha, Garza Elvira
Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez

Femenino de 45 años con antecedente de enfermedad renal crónica que fue tratada con trasplante de donador cadavérico en 2014. Inició su padecimiento 7 días previos a su ingreso con tos no productiva, fiebre y disnea de medianos esfuerzos. A su llegada se encontraron 3 lesiones maculo-nodulares, firmes y dolorosas en piel cabelluda, párpado y muslo de 10, 3 y 10 mm, respectivamente. Además, se integró por exploración física un síndrome de condensación pulmonar. Se obtuvo una tomografía de tórax que mostró una consolidación de lóbulo medio de pulmón.Se realizó una biopsia transbronquial y en su cultivo se desarrolló una bacteria filamentosa, Gram positiva.Ante la sospecha de nocardiosis en un paciente inmunocomprometido se realizó una resonancia magnética de encéfalo contrastada donde se observó una imagen puntiforme sugestiva de origen embólico séptico. La cepa aislada fue clasificada como Nocardia spp. por lo que se decidió procesar para identificación por métodos moleculares y con MALDI-TOF MS.

Palabras clave: *Nocardia*, MALDI-TOF, transplante, inmunosuprimido, cepa, trimetropim/sulfametoxazol.

0968 Absceso epidural de médula espinal por *Streptococcus intermedius* (*Streptococcus milleri*) en un paciente previamente sano

Magallanes Alberto, Videgaray Fernando, Manjarrez Enrique, Skromne Eli, Gómez Merit Mayte, Cisneros Daniela
Hospital Ángeles Lomas

El absceso epidural espinal es una entidad rara y se ha asociado principalmente a procedimientos dentales. Nosotros presentamos el caso de un masculino de 70 años previamente sano y sin antecedente de inmunosupresión que desarrollo lumbalgia, así como debilidad en miembros inferiores y fiebre. La resonancia de columna lumbar contrastada reporto mostro datos de colección a nivel desde L2 hasta L4, al realizar abordaje quirúrgico se encuentra material purulento el cual se cultivó y mostro crecimiento de *Streptococcus intermedius* (*Streptococcus milleri*) el cual constituye una bacteria comensal de la flora normal de la boca y de vías aéreas superiores. El paciente recibió cobertura antimicrobiana a base de ceftriaxona y vancomicina. Sus síntomas mejoraron significativamente y regreso a sus actividades normales sin ninguna repercusión neurológica.

Palabras clave: neuroinfección, absceso epidural, *Prevotella melanogenica*.

0972 Gradiente de la relacion lactato piruvato en pacientes con sepsis grave

Hawing José Angel, Ilizaliturri Octavio, Ramírez María Teresa
UANL

Introducción. El uso del lactato como marcador de peligro en los pacientes con sepsis data desde hace más de 30 años

el principio estriba en que la presencia de hiperlactatemia sostenida en estos pacientes se asocia a un mal pronóstico. Si bien se ha atribuido la elevación de este marcador sérico a la presencia de hipoxia tisular periférica y glucólisis anaerobia consecuente, en la realidad no siempre es así. Es probable, entonces, que el lactato sea más bien un marcador pronóstico tardío en los pacientes con sepsis severa y que el piruvato nos ayude a poder predecir a aquellos pacientes con peor pronóstico. **Material y métodos.** En la unidad de shock-trauma del Hospital Universitario, a aquellos pacientes que cuenten con criterios de sepsis (qSOFA > 2) se les tomaron muestras de sangre seriadas a las 0, 4 y 8 hrs de su ingreso al hospital. Se midieron diversos marcadores inflamatorios, así como Piruvato, Lactato. La muestra fue estimada a conveniencia. Se fijó la meta de al menos 80 pacientes al término de Agosto 2017. **Resultados.** Se reclutaron un total de 83 pacientes con sepsis grave, obteniendo un cúmulo de 233 muestras seriadas. La media de edad de nuestra cohorte preliminar es de 54,2 años, siendo un 51.5% femeninos. El 70.2% de los pacientes presentaron neumonía al ingreso. El 31.3% de los pacientes reclutados se consignaron con sepsis severa sin hipotensión, con una media de lactato 4.12 mmol/Dl y una media de relación L/P = 14.6 al ingreso, L/P= 17.3 a las 4 hrs, L/P= 21.6 a las 8 hrs, siendo el gradiente L/P mayor en relación los pacientes con choque séptico, sin alcanzar por el momento significancia estadística. Al momento de este reporte, se ha podido realizar la medición de piruvato en sólo 47 pacientes (reactivo faltante, a recibir el 17 de septiembre 2017), por lo que las cifras aquí reportadas no son definitivas. **Conclusiones.** En nuestro estudio existe una tendencia de mayor mortalidad en los pacientes con sepsis que desarrollan un aumento en el gradiente de la relación L/P (+ 3.8, + 1.7, + 1.3) en las primeras 8 hrs, sin embargo es necesario terminar de medir el resto de las muestras congeladas para confirmar/refutar nuestros hallazgos preliminares.

Palabras clave: sepsis, lactato, piruvato.

0977 Mediastinitis, empiema y absceso epidural por Prevotella melaninogenica

Magallanes Alberto, Videgaray Fernando, Moreno Ernesto, Manjarrez Enrique
Hospital Angeles Lomas

Introducción. El género *Prevotella* incluye especies con nombres nuevos y otras que se clasificaron previamente como especies de Bacteroides (por ejemplo, P. melaninogenica, la cual se llamaba con anterioridad B. melaninogenicus). Las bacterias anaerobias son un componente fundamental de la microbiota humana normal que está presente en las mucosas, y predominan en muchos procesos infecciosos. **Objetivo.** Se expone el caso de paciente masculino de 59 años que presenta cuadro de mediastinits, empiema y absceso epidural, por Prevotella melaninogènica. **Exposición del caso.** Masculino de 59 años de edad valorado en urgencias por presentar dolor cervical EVA 10/10 refractario a analgésicos convencionales. El dolor se acompañaba de parestesias en brazo derecho así como debilidad. Se ingresa a hospitalización y se inicia protocolo de estudio con RM de columna la cual reporta: Afección epidural desde C5 a L2. Sin embargo, AngioTAC de tórax reporta derrame pleural bilateral de aspecto loculado, datos sugestivos de mediastinitis, Se realizò toracotomía bilateral videoasistida. Los cultivos posteriormente reportan desarrollo de Prevotella melaninogènica. Posterior a esto evoluciono de manera satisfactoria con antimicrobianos. **Conclusiones.** Las infecciones por *Prevotella melaninogénica* suelen ser consecuencia de la aspiración de contenido bucofaríngeo. Pueden desarrollarse cuatro síndromes clínicos principales: neumonitis por aspiración, neumonía necrosante, , absceso pulmonar y empiema.

Palabras clave: neuroinfeccion, empiema, mediastinitis, streptococcus milleri, absceso epidural.

0981 Hemoptisis masiva causada por aspergilosis pulmonar invasiva en un paciente con leucemia linfoblastica aguda (LLA)

Peralta Marco Polo[1], Ixtlapale Xicohtencatl[2], Sanson Lizeth Sonia[2]
1.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2.Hospital Central Nacional Pemex Norte

Introducción. La aspergilosis pulmonar (AP es la infección de origen fúngico más frecuente en pacientes con neoplasias hematológicas, donde la hemoptisis masiva es de excepcional aparición y conlleva un alto grado de mortalidad. **Objetivo.** Resaltar la importancia de la sospecha clínica temprana de AP ante un paciente con un cuadro de hemoptisis y una neoplasia hematológica concomitante. **Caso.** Masculino de 70 años con antecedente de DM2, HAS; actualmente con el diagnostico de (LLA) y con pancitopenia secundaria a quimioterapia. Ingresa referido por neumonía de focos multiples, presenta hemoptoicos,dolor de torácico y disnea de 2 semanas de evolución. EF: Paciente con oxígeno suplementario,consciente, orientado,movimientos respiratorios disminuidos de forma bilateral, estertores finos diseminados, esplenomegalia de 3 traveses de dedo, resto si alteraciones. Se realiza Rx de tórax donde se observan densidades redondeadas bilaterales con hiperclaridades en el interior, por lo que se decide realizar TAC de tórax donde se encuentra signo de la media luna y cultivo, donde se reportan: colonias algodonosas compatibles con aspergillus. Por lo que se inicia tratamiento con voriconzol,sin embargo el paciente desarrolla hemoptisis masiva y fallece a pesar de intubación orotraqueal y maniobras de reanimación. **Conclusión.** Es fundamental mantener una vigilancia estrecha en pacientes con leucemia linfoide aguda concomitante con pancitopenia por la amplia probabilidad de desarrollo de AP.

Palabras clave: aspergilosis pulmonar, hemoptisis masiva, leucemia linfoblástica aguda (LLA).

0982 Absceso pulmonar por *Candida albicans* asociado a infección por tuberculosis

Gomez Ana Laura, Peregrino Enriquez, Cordova Baca, Mediola Hernandez, Alavez Enrique
Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción. La infección concomitante de Mycobacterium tuberculosis y especies de Candida es una condición poco documentada y que en la mayor parte de los casos se presenta en pacientes que cursan con cuadros de inmunosupresión, aún menos frecuente, es la incidencia de esta condición en individuos que cuentan con respuesta inmunológica satisfactoria. **Objetivo.** Presentar un caso clínico de absceso pulmonar por cándida asociada a coinfección con tuberculosis. **Caso clínico.** Masculino de 67 años, originario de Reynosa, con antecedente de diabetes mellitus 2 de 6 años de evolución sin apego al tratamiento farmacológico ni citas de control. Acude refiriendo tos no productiva de un mes de evolución, astenia, adinamia, hiporexia, diaforesis nocturna, fiebre no cuantificada y pérdida ponderal no intencionada sin especificar cantidad ni tiempo. A la exploración física destaca frecuencia cardiaca 110x´, temperatura 38°C, índice de más corporal 27.68 KG/MTS^2, campos pulmonares con murmullo vesicular hipofonético en región apical de hemitórax izquierdo y estertores crepitantes interescápulovertebrales ipsilaterales. Presenta leucocitosis a expensas de neutrofilia, anemia normocítica normocrómica y descontrol glucémico. Radiografía de tórax con infiltrado reticulonodular en lóbulo inferior de pulmón izquierdo, nivel hidroaéreo sugestivo de absceso pulmonar parahiliar izquierdo por lo que se realiza tomografía de tórax donde se confirma presencia de dos lesiones abscedadas. Se realiza cultivo y BAAR de expectoración aislándose *Candida albicans* y tinción Ziehl Neelsen positiva por lo que se inicia tratamiento antituberculoso

de fase intensiva mostrando respuesta parcial y evolución tórpida, siendo sometido a tratamiento quirúrgico a fin de realizar drenaje de abscesos, decorticación y colocación de sonda endopleural, con mejoría posterior al tratamiento, siendo egresado para continuar manejo ambulatorio. **Conclusión.** La coinfección de tuberculosis pulmonar con *Candida albicans* es una condición presente en numerosos reportes de cultivos de expectoración, sin embargo suele hacerse caso omiso al concluir que es esperado encontrar esta levadura al formar parte de la microbiota normal o al suponer contaminación del medio de cultivo, omitiendo así el tratamiento antifúngico en la infección y confiriendo respuestas parciales y estancias hospitalarias más prolongadas.

Palabras clave: absceso pulmonar, tuberculosis, candida albicans, coinfeccion, inmunosupresión, levadura.

0997 Mielitis trasnversa tras reactivacion de la infeccion por virus varicela zoster: reporte de un caso

Pech Laura Olivia, Del Angel Gustavo, Cruz Antonio
Hospital General de México

Introducción. El virus de la varicela-zoster (VZV) es la causa de la varicela y del herpes zoster. Es una enfermedad que se presenta generalmente en la infancia y autolimitada. Después de la infección primaria, el virus permanece latente en las raíces nerviosas sensoriales durante toda la vida. La reactivación de la infección por VZV puede causar un espectro de presentaciones atípicas, que van desde el dolor radicular autolimitado sin erupción hasta la enfermedad de la médula espinal con debilidad. Aproximadamente entre el 25% y el 40% de los casos de mielitis es causada por infecciones virales sindo los principales agentes etiologicos los herpes virus y poliovirus. La infección por varicela zoster no es una causa común de mielitis en pacientes inmunológicamente normales. **Objetivo.** Presentamos un caso de una paciente con una mielitis transversa longitudinalmente extensa, la cual se presenta tras un cuadro de reactivación con encefalitis por virus varicela zóster. **Presentación del caso.** Se presenta el caso de mujer de 41 años de edad con antecedente de infección por VVZ en la infancia. Quien se presenta con padecimiento de 7 días de evolución, caracterizado por fiebre, ataque al estado general y presencia de lesiones pápulovesiculares generalizadas, dos días después se agrega cefalea, náusea, vómito y posteriormente agitación psicomotriz y alucinaciones que evolucionan a somnolencia con requerimiento de manejo avanzado de la vía aérea. En la biometría hemática con leucocitosis, Cr 1.3, TGP 140, TGO 120, FA 88, GGT 80, DHL 374, TAC simple de cráneo con edema cerebral difuso y PCR para VVZ positivo. Recibió tratamiento a base de aciclovir con lo cual presento mejoría de clínica. Sin embargo 2 semanas posteriores al inicio de los síntomas presenta cuadriparesia, hipoestesia y ausencia en el control de esfínteres. La RMN muestra afección de C6 hasta T2. Se inició el tratamiento intravenoso con metilprednisolona y plasmaferesis. Tras 1 mes de evolución con mejoría clínica, aunque aun con parálisis sensoriomotora residual. **Conclusiones.** La reactivación la infección por VVZ se puede presentar de maneja atípica y con formas de presentación graves. El diagnóstico se basó en el desarrollo de debilidad motora, paraparesia y disfunción vesical, hallazgos de resonancia magnética espinal. No existen regímenes de tratamiento establecidos para mielitis como una complicación de la infección por VZV. Hasta el momento se recomiendan altas dosis de aciclovir y esteroides.

Palabras clave: virus varicela zoster, encefalitis, mielitis transversa longitudinalmente extensa, reactivacion, inmunocompetente.

0998 Abordaje de rash y fiebre en profilaxis post exposición de VIH

Hernández Dalí Alejandro, Flores Rómulo Omar, Medina Isaí
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Facultad de Medicina UANL

Introducción. Efavirenz, un inhibidor de transcriptasa reversa no nucleósido, es usado frecuentemente tanto en el tratamiento, como en la profilaxis post-exposición (PPE) de VIH. Esto debido a la facilidad de su posología y su perfil de seguridad comparado con otros fármacos. Sin embargo su uso no está exento de efectos adversos como mareo, somnolencia, alteraciones del sueño y rash. Presentamos un caso de rash y fiebre en un profesional tomando PPE. **Objetivo.** Describir el abordaje que utilizamos en el diagnóstico de un profesional de la salud en PPE de VIH que se presenta con rash y fiebre. **Exposición del caso.** En julio de 2017 un paciente masculino de 25 años de edad, de profesión médico, tuvo un accidente laboral mientras atendía a un paciente VIH positivo. 20 minutos después del evento inició PPE con emtricitabina 200 mg, tenofovir 300 mg y efavirenz 600 mg cada 24 horas; se tomó ELISA para VIH, el cual resultó negativo. Después de la primera dosis el paciente experimentó mareo y somnolencia, estos síntomas mejoraron después del tercer día. En el día 10 de PPE el paciente presentó un rash maculopapular en manos y pies, con involucro de palmas y plantas, consultó con el servicio de infectología, quienes lo asociaron a la PPE e indicaron continuar el tratamiento. En el día 12 se agregó fiebre y el rash progresó a ser generalizado, respetando únicamente la cabeza, con mayor tendencia a la confluencia. Volvió a ser valorado por infectología, se tomaron pruebas de función hepática, proteína c reactiva (PCR), biometría hemática y VDRL, se encontró únicamente una PCR elevada de forma mínima. Continuó con febrícula dos días después, se tomó carga viral para VIH, IgM para parvovirus B19 y anticuerpos heterófilos, los cuales resultaron negativos, por lo que se indicó continuar PPE hasta tener un esquema diferente disponible. En el día 14 inició con prurito intenso generalizado e insomnio, inició tratamiento con cetirizina 10 mg c/24 horas sin ninguna mejoría,en el día 15 la PPE se cambió a emtricitabine 200 mg, tenofovoir 300 mg más atazanavir 300 mg (potenciado con ritonavir 100 mg) c/24 h. Al día siguiente se tomó biopsia de la piel del antebrazo en la que se reportó infiltrado linfocitario, posteriormente se aplicó una dosis de 8 mg de dexametasona por vía intramuscular. Dos días después el prurito comenzó a disminuir y el rash comenzó a mejorar. En el día 22 los síntomas desaparecieron. Todos los síntomas fueron atribuidos a efavirenz. **Conclusiones.** Los efectos adversos asociados a la PPE pueden representar un reto diagnóstico importante.

Palabras clave: VIH, antirretrovirales, efectos adversos.

0999 Tratamiento exitoso de fascitis necrotizante complicada con miositis: reporte de un caso

Magallanes Alberto, Terres Fernando, Gómez Merit Mayte, Torres Jorge David, Cataneo Antonio Enrique, Videgaray Fernando
Hospital Angeles Lomas

Introducción. La fascitis necrotizante es una infección inflamatoria rápidamente progresiva de la fascia con necrosis secundaria del tejido subcutáneo. El diagnóstico es difícil y requiere de un alto grado de sospecha, ya que la piel puede parecer intacta. El síntoma característico es el dolor intenso con sensibilidad aumentada. **Objetivo.** La fascitis necrotizante es una patología grave con mortalidad considerable (20-80%) aún con una terapéutica óptima. Presentamos el reporte de un caso tratado exitosamente. **Exposición del caso.** Masculino de 40 años sin antecedentes de importancia. Inició padecimiento con 1 semana posterior a contusión directa con objeto pesado, con dolor en gastrocnemio derecho, progresivo, constante acompañado de incremento de perímetro. Se realizó USG doppler que mostró desgarro muscular, y se administró analgesia sin mejoría clínica. Acude a urgencias con edema hasta rótula incapacitante, taquicardia,taquipnea, parestesias, palidez de la extremidad,

pulso poplíteo inpalpable. En laboratorios destacaba AST 172, ALT 103, CPK 9000, BUN 32.9, Cr 2.53, bandemia 37%. Por RMN se reportó miolisis del Soleo y proceso inflamatorio severo. Se inició cobertura con ceftriaxona y se realizó fasciotomía descompresiva con toma de biopsia. En el transoperatorio el paciente presentó hipotensión refractaria a líquidos parenterales, por lo que se trasladó a terapia intensiva por choque séptico secundario a fascitis necrotizante y rabdomiólisis. Durante su postoperatorio inmediato la necrosis progresó rápidamente de forma ascendente, por lo que se agregó Vancomicina, y se realizó segundo tiempo quirúrgico para extensión de fasciotomía. En el lavado de la extremidad la tinción Gram mostró cocos gram positivos encapsulados, y se decidió realizar amputación supracondílea. En el postoperatorio progresó a falla orgánica múltiple, por que requirió terapia de reemplazo renal continua, inmunoglobulina e hidrocortisona. A las 48 horas el cultivo de lavado quirúrgico tuvo crecimiento de *S. pyogenes* sensible a penicilina, eritromicina, clindamicina, cefotaxima y vancomicina y se inició Clindamicina. Se reportó hemocultivo con bacilos gram negativos, y se adicionó meropenem. Requirió de segundo lavado quirúrgico donde hallaron colección purulenta en muñón y se extendió amputación a infratrocantérica. El hemocultivo con crecimiento de E.coli pansensible. Posteriormente, el paciente evolucionó de manera favorable, siendo posible su egreso del hospital 52 días después. Actualmente se encuentra en terapia de acondicionamiento para la colocación de prótesis de pierna. **Conclusiones.** La fascitis necrotizante puede presentarse posterior a procedimentos quirúrgicos, asi como traumatismo directo también se ha reportado como factor predisponente. se consideran factores predictores de alta mortalidad la infección por Aeromona, Vibrio, hipotensión, bandemia >10% y el antecedente de cáncer, de los cuales el paciente presentó dos. **Palabras clave:** fascitis necrotizante, *Streptococcus pyogenes*, choque septico.

1002 Características clínico epidemiológicas de la infección de vías urinarias por *E. coli* BLEE+ en el CMIE

Cruz Monica, Hermida Carlos
ISSEMYM

Infección de vías urinarias es la segunda causa más común de consulta en la atención primaria. La incidencia estimada es significativa causa de morbilidad, en todas las edades; la forma típica de infección es producida por *E. coli* dicho microrganismo puede ser resistente a la mayoría de los antibióticos de primera línea comúnmente utilizados en IVU. Las distintas características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas, sugieren que las IVU adquiridas en la comunidad son diferentes de las asociadas a cuidados de la salud y estas similares a las adquiridas hospitalariamente, existe creciente incidencia en las infecciones por microrganismos productores de BLEE con repercusión en morbimortalidad se debe identificar diferencias o factores de riesgo para inicio de tratamiento oportuno. **Objetivo.** Establecer las características clínico epidemiológicas de la infección de vías urinarias por E. coli BLEE+. **Material y métodos.** Población atendida en centro médico ISSEMYM Ecatepec que cumpla criterios de inclusión. Periodo de reclutamiento: 12 meses Diseño de estudio: observacional, descriptivo, trasversal, retrospectivo, no aleatorizado, Se establecieron Grupos de Estudio; de Pacientes con infección de vías urinarias por *E. coli* BLEE. Análisis estadístico: Se realizado estadística descriptiva y analítica; Se utilizó el programa SPSS versión 24. Procedimientos: Se revisó el concentrado de datos comprendido en un año, del área de microbiología del CMIE, de los urocultivo con desarrollo a *E. coli* BLEE, con base al expediente clínico se obtiene los datos referentes. El proceso de cultivos: realizada mediante el método automático Vitek-2 de Biomérieux. **Resul-**

tados y conclusión. Durante la atención intrahospitalaria y en la consulta externa de la institución se ecnuentra como principal agente etiológico *E. coli* incidencia del 66% de los cuales el 33% corresponde al subgénero BLEE+, asociada a alta resistencia antibiótica, principalmente a quinolonas y cefalosporinas, predominio de mujeres en media de 30 años en embarazadas, y asociado a presencia de DM, siendo importante el aumento en la incidencia de ECBLEE, Se puede identificar de manera temprana dicha etiología, disminuyendo mortalidad, estancia hospitalaria, mejorar pronóstico, contribuyendo al mejor uso de antibióticos, ya que no se cuenta en la unidad con un comité de control de antibióticos, y disminuir la incidencia de nuevas especies MDR por mecanismos de resistencia antibiótica entre diferentes enterobacterias.

Palabras clave: *E. coli* BLEE, infección urinaria, MDR.

1017 *Staphylococcus aureus* metastatic infection: a dangerous complication in an HIV-infected patient

Medina Isaí, Reyes Alan
Hospital Universitario Dr. José E González UANL

A 34-year-old man, admitted to the hospital with a past medical history that included lumbar herpes zoster infection one year before admission, treated with oral acyclovir. He also mentioned recurrent folliculitis in both thighs, occasionally treated with oral ciprofloxacin. The patient raised a with a history of sexual intercourse with multiple male partners without protective use of condom. He presented to the emergency department with a 2-day history of fever, chills, and severe pain in the right-sided costovertebral angle. His vital signs showed a blood pressure of 130/80mmHg, respiratory rate of 18 breaths/min, heart rate of 130 beats/min, and temperature of 38°C. Urine sample was gathered for culture before initiation of antibiotics, and eventually was without microbiological isolation. Peripheral blood culture alert showed gram-positive cocci, and vancomycin was added to the antimicrobial therapy. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) was finally identified. A contrasted toracoabdominal computed tomography (CT) was performed, with evidence of right renal abscess and ipsilateral renal vein thrombosis and the basal lung image revealed multiple nodules with a bilateral and diffuse distribution, suggestive of septic emboli. A fourth-generation HIV ELISA test was positive. His HIV-1 RNA viral load was 78,000 copies/ml and CD4+ T-cell count was 80 cells/mm^3. Renal abscess culture confirmed MRSA infection.

Palabras clave: HIV, renal, abscess, *S. aureus*, metastatic, vancomycin.

1020 Utilidad de la eosinopenia como marcador pronóstico de severidad en sepsis Hospital General de Ticoman Ciudad de México Servicio de Medicina Interna

Tinoco Maritza[2], Rubio Alberto Francisco[2], Suarez Juan Antonio[1], Vergara Fernando Ivan[2]
1.Hospital General de Xoco, Secretaría de Salud de la Ciudad de México; 2.Hospital General de Ticoman, Secretaria de Salud de la Ciudad de México

Introducción. La sepsis se considera como la causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes críticos, es necesario contar con marcadores pronósticos de severidad que sean cada vez más accesibles y útiles para guiar el tratamiento de forma oportuna. **Objetivo.** Evaluar la utilidad del recuento bajo de eosinófilos como marcador pronóstico de severidad de sepsis. **Material y método.** Observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, en pacientes con diagnóstico de sepsis del Hospital General de Xoco. Se determinaron los datos para registro como la edad, sexo, antecedentes cronicodegenerativos, diagnóstico, gravedad clínica del paciente por escala de SOFA, y se llevó un seguimiento a su ingreso y a las 72 hrs, se realizó el recuento de eosinófilos y se obtuvo la media aritmética. **Resultado.** Se incluyeron 60 pacientes con estado crítico que requirieron apoyo multiorgánico. La mayoría fue-

ron hombres y el promedio de edad fue de 51 años. La mayoría de los pacientes 58.3% tuvieron diabetes mellitus. Al comparar el puntaje SOFA del grupo con eosinopenia vs sin eosinopenia se encontraron diferencias significativas, lo cual pareciera indicar que dicho factor eosinopenia tiene un impacto clínico directo sobre el estado del paciente, es decir, el grupo con eosinopenia presentó mayor hipoperfusión tisular o falla orgánica en comparación con el grupo sin eosinopenia. **Conclusiones.** La mejoría de eosinófilos mostró relación con la modificación de la severidad de la sepsis.

Palabras clave: sepsis, factor pronóstico, eosinopenia, SOFA, predictor de severidad, paciente en estado crítico.

1027 Loxoscelismo cutáneo-visceral, reporte de caso y revisión de la literatura

Rodríguez Karla Vanessa
Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca Guadalajara, Jalisco

El loxoscelismo es un cuadro clínico provocado por el veneno de la araña Loxosceles, existen 70 especies de éste género siendo la más tóxica es Loxosceles laeta. Su hábitat es nocturno y de ambiente doméstico. El veneno es dermonecrótico y víscero-tóxico, ocasiona lesiones necróticas en piel y tejido celular subcutáneo en 84 a 90% de los casos. La forma sistémica se presenta entre 10 y 16%,se relaciona con hemólisis, activación del complemento y apoptosis debido a acción de la enzima esfingomielinasa principalmente, también contiene hialuronidasa, fosfolipasa, fosfohidrolasa, esterasa, fosfatasa alcalina y proteasas. Clínicamente se caracteriza por mal estado general, mialgias, fiebre, náusea y vómito; aunque también pueden presentarse manifestaciones que ponen en peligro la vida como angioedema, anemia hemolítica, coagulación intravascular diseminada, rabdomiolísis, mionecrosis, lesión renal y coma. La mortalidad se reporta en 7%, en cuanto al tratamiento, durante las primeras horas se recomienda administrar faboterápico RECLUSMYN (polivalente antiloxosceles), posteriormente medidas de sostén y uso de agentes que disminuyen la quimiotaxis de neutrófilos y radicales libres como la dapsona y esteroides; antibióticos profilácticos debido al elevado riesgo de sobreinfección y desbridación quirúrgica con colocación de injerto cuando esté indicado. Se trata de hombre de 33 años de edad de ocupación jardinero sin antecedentes patológicos de importancia; refiere el día de su ingreso mientras se encontraba trabajando sensación de cuerpo extraño en muslo izquierdo, una hora posterior presenta lesión en misma región caracterizada por edema, hiperemia, hipertermia y áreas de necrosis con flictenas; Dos horas posteriores se recibe en el servicio de urgencias taquicárdico,febril, con dolor en extremidad y área de isquemia franca (15 cm en muslo izquierdose realizan exámenes de laboratorio dónde se reporta plaquetopenia, leucocitosis, lesión renal aguda, transaminasemia, elevación de creatinfosfoquinasa, prolongación de tiempos, incremento de desidrogenasa láctica, hipokalemia, hipomagnesemia e hiponatremia, se sospecha en loxoscelismo con afectación cutáneo-visceral y se administran dos dosis de reclusmyn. Dos horas posteriores presenta deterioro hemodinámico con requerimiento de aminas presoras hasta 0.33 mcg/kg/minuto y se presenta al servicio de Terapia Intensiva en donde se manejó durante 14 días, se administró antibioticoterapia de amplio espectro y a pesar de lo anterior se aisló acinetobacter baumani y estreptococo piógenes en cultivo de secreción de herida, se realizó desbridación quirúrgica con colocación de injerto 20 días posteriores, el paciente presentó mejoría hemodinámica, se resolvió lesión renal, daño hepático y fue egresado después de cumplir 20 días hospitalizado con seguimiento por parte del servicio de Cirugía Plástica. El caso anterior refleja la importancia de la clínica ante el contexto del paciente con riesgo de exposición laboral.

Palabras clave: loxoscelismo cutáneo-visceral, araña.

1042 Caracterizacion sociodemográfica y clínica de infecciones nosocomiales en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna

Del Angel Gustavo, Alexanderson Elvira Graciela, Zapata Rogelio, Giraldo Diego Alejandro, De la Torre Leonardo Dario
Hospital Gerneral de México

Las infecciones nosocomiales son un problema de salud mundial con alta mortalidad y costos asociados. México es un país emergente con población de alto riesgo para el desarrollo de esta patología. Desde el 2005 se creó la NOM 045 SSA2 2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales, con lo que se ha generado evidencia en población mexicana, la cual ha sido heterogénea entre diversas instituciones. Actualmente no existe información suficiente en este grupo de pacientes en nuestra población, por lo que deben de identificarse sus características y factores de riesgo. Se desconocen las características clínicas y sociodemográficas de nuestra población con infección nosocomial. Este estudio pretende crear conocimiento de la relación que existe entre ellas e identificar grupos de riesgo. Caracterizar nuestra población con parámetros sociodemográficos, clínicos y bioquímicos en pacientes con infección nosocomial. Se incluyeron pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna del Hospital General de México. Se revisaron 416 expedientes de los archivos clínicos, del período de enero del 2016 a junio del 2016, de los cuales 251 contaban con datos completos de las variables de interés para caracterizar las infecciones nosocomiales del servicio de Medicina Interna. Utilizamos estadística descriptiva como media, desviación estándar, varianza y proporciones. Para la comparación de medias utilizamos prueba t de student, con intervalo de confianza del 95%.
Palabras clave: infecciones nosocomiales, sociodemograficas, mortalidad.

1051 Rabdomiólisis por hipokalemia: una presentación atípica del síndrome de Conn

Martínez Eder Emmanuel, Paz Salyme, Sánchez Jesús Salvador, González Everardo
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La rabdomiólisis es un síndrome clínico de lesión muscular asociado a mioglobinuria, anormalidades electrolíticas y muy frecuentemente lesión renal aguda. La hipokalemia es una rara pero bien establecida causa de rabdomiólisis. **Objetivo.** Exponer una presentación excepcional de síndrome de Conn asociado a rabdomiólisis por hipokalemia severa. **Exposición del caso.** Femenino de 35 años, originaria de Veracruz, hipertensa tratada con Losartán y Amlodipino. Inició su padecimiento con diarrea acuosa, náusea y vómito con autolimitación del cuadro. Un día después presenta parestesias y debilidad progresiva lo que la incapacitó de deambular. A su ingreso a nuestra unidad se observa deshidratada, con peristalsis disminuida, y fuerza muscular 1/5 en extremidades. Bioquímicamente con potasio 1.4 mEq/L, sodio 162 mEq/L, cloro 118 mEq/L, CPK 3694 UI/L, LDH 1095, ALT 191, AST 340; gasometría arterial con alcalosis metabólica. Durante su estancia cursó con hipertensión resistente a pesar de ajuste antihipertensivo. Se inició protocolo de estudio de hipokalemia concluyendo pérdida urinaria aunada a trastorno por exceso de actividad mineralocorticoide. Se realizó escrutinio con el índice PAC/PRA, determinando supresión de renina con un valor de < 0.81 pg/ml y la concentración plasmática de aldosterona de 26.7 pg/ml lo que sugirió aldosteronismo primario. Se confirmó con la prueba de carga con solución salina. Se instauró tratamiento con antagonista de aldosterona y sales de potasio, presentando mejoría clínica. La tomografía abdominal reveló lesión nodular en glándula suprarrenal izquierda, tratada mediante

adrenalectomía izquierda laparoscópica con reporte de patología de adenoma suprarrenal. **Conclusiones.** La rabdomiólisis franca suele ocurrir solo cuando los valores de potasio sérico están por debajo de 2 mEq/L. Si bien el hiperaldosteronismo primario puede provocar hipokalemia, solo una minoría de los pacientes (9-37%) presenta esta alteración electrolítica. La importancia de estas condiciones radica en su alta morbi-mortalidad secundaria a elevaciones excesivas de creatincinasa, tensión arterial, desequilibrios electrolíticos, lesión renal aguda y coagulación intravascular diseminada, las cuales pueden pasar desapercibidas hasta ser difíciles de tratar si no se detectan oportunamente por un alto índice de sospecha y evaluación integral. Es posible que la rabdomiólisis esté subdiagnosticada en los pacientes con hipokalemia, debido a que la debilidad muscular se atribuye exclusivamente al trastorno electrolítico. Paralelamente, el diagnóstico de la causa de la hipokalemia frecuentemente ofrece otro desafío y la presencia de hipertensión arterial resistente fue determinante en nuestra conclusión diagnóstica.

Palabras clave: rabdomiólisis, hipokalemia severa, aldosteronismo, síndrome de Conn, tumor suprarrenal.

FLUMIL®

FLUMIL. Aminofenazona Bufenina Difenilpiralina. Antihistamínico, analgésico y descongestivo nasal. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada cápsula contiene: Aminofenazona...40.0 mg. Clorhidrato de bufenina...1.5 mg. Clorhidrato de difenilpiralina...1.5 mg. Excipiente c.b. 1 cápsula. Cada 100 ml de solución contiene: Aminofenazona...2.0 g. Clorhidrato de bufenina...75 mg. Clorhidrato de difenilpiralina...75 mg. Vehículo c.b. 100 ml. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Antihistamínico, analgésico y descongestivo nasal, auxiliar en el alivio de los síntomas de la rinitis aguda, rinitis alérgica, sinusitis y rinofaringitis. **CONTRAINDICACIONES:** Ulcera péptica activa e hipersensibilidad hacia alguno de los componentes de la fórmula, taquicardia paroxística, infarto del miocardio, angina de pecho grave, hipertiroidismo, anemia, adenoma prostático, glaucoma, agranulocitosis, anemia aplastica. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Al igual que la mayoría de los fármacos antihistamínicos no debe darse a los niños menores de 2 años ni a mujeres embarazadas o lactando. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Eventualmente puede producir palpitaciones, cefalea, sequedad de boca y nariz, agranulocitosis, mareos, nauseas, nerviosismo, taquicardia, hipotensión arterial, somnolencia, sedación, laxitud, retención urinaria, porfiria. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** El clorhidrato de difenilpiralina potencia los efectos de anticolinérgicos como la atropina y los antidepresivos tricíclicos. No debe administrarse junto con depresores del sistema nervioso, ni con bebidas alcóholicas. **PRECAUCIONES Y RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCNOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Este medicamento contiene un antihistamínico. No debe manejarse vehículos, ni operar máquinas. Tras la administración de **FLUMIL** no se han reportado alteraciones mutagénicas, teratogénicas ni sobre la fertilidad. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Vía de administración oral. *Cápsulas:* Niños mayores de 12 años y adultos, 2 cápsulas como dosis inicial, continuando con 1 cápsula cada 4 horas durante el día; *Gotas:* (20 gotas = 1ml): Lactantes y niños hasta 12 años, 1 gota /kg de peso /toma, cada 4 horas (no exceder de 35 gotas por toma). Niños mayores de 12 años y adultos, 4 ml como dosis inicial y después 2 ml cada 4 horas, durante el día. **SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTÍDOTOS):** Hasta el momento no hay información de sobredosificación, sin embargo se sugiere tomar las medidas generales en caso de que se presente. **PRESENTACIONES:** Caja con 20 cápsulas. Frasco con 25 ml, adjunto gotero graduado. **RECOMENDACIONES PARA ALMACENAMIENTO:** Mantengase en un lugar fresco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por: **Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.**
Camino a San Luis Rey 221, Celaya, Gto. 38137.
No. de entrada: 083300203A4957

Producto	Reg. No.	Autorización IPP
FLUMIL cápsulas	82432 SSA IV	BEAR-101162/RM2000
FLUMIL solución	82442 SSA IV	BEAR-101163/RM2000

FLUM-01A-09

IPAL® Senosiain®