

Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

INDIZADA EN SCIELO, LATINDEX Y LILACS

VOLUMEN **30** - SUPLEMENTO

NOVIEMBRE 2014
SANTIAGO - CHILE

47° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- Programa.
- Resúmenes de Comunicaciones Libres.
- Índice de Autores de Comunicaciones Libres.

ISSN 0716 - 2065
ISSN 0717 - 7348

www.scielo.cl
www.serchile.cl

ESTE ES UN
CONGRESO
CELEBRADO
EN UN
AMBIENTE
LIBRE DEL
HUMO DEL
TABACO



†
SER ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

ISSN0716-2065
ISSN0717-7348

EDITOR y DIRECTOR

Dr. Manuel Oyarzún G.

EDITORES ADJUNTOS

Dr. Rodrigo Moreno B. y Dr. Fernando Saldías P.

EDITORES ASOCIADOS DE SECCIONES

Actualizaciones
Casos Fisiopatológicos
Cirugía de Tórax
Educación Médica
Ética Médica
Medicina basada en evidencias
Medicina Intensiva
Notas radiológicas adultos
Notas radiológicas pediátricas
Panorama
Salud Ocupacional
Tuberculosis

Drs. Edgardo Carrasco C. y Oscar Herrera G.
Drs. Carmen Lisboa B. y Marcela Linares P.
Drs. Raimundo Santolaya C. y José Miguel Clavero R.
Drs. Ximena Cea B. y Cecilia Alvarez G.
Drs. Alberto Rojas O. y Ricardo Pinto M.
Drs. Rodrigo Gil D. y Carlos Ubilla P.
Drs. Francisco Arancibia H. e Iván Caviedes S.
Drs. Eduardo Sabbagh P. y Guillermo Ríos O.
Drs. Cristián García B. y Karla Moenne B.
Drs. Edgardo Cruz M. y Claudia Astudillo M.
Drs. Gustavo Contreras T. y Bernardita Torrealba J.
Dr. Victorino Farga C.

Oficina de Redacción:
E-mail: ser@serchile.cl

**Sede Sociedad Chilena de
Enfermedades Respiratorias**
Santa Magdalena 75. Of 701
Tel: 222316292
Fax: 222316280
E-mail: secretaria@serchile.cl

Producción y avisaje:
Editorial IKU
Sra. María Cristina Illanes H.
Tel: 222126384
E-mail: mcristina@editorialiku.cl

Representante Legal:
Sr. Enrique Mena I.

Impreso en:
Contempográfica
(sólo actúa como impresor)

**El Editor no se responsabiliza
por el contenido de los anuncios
y mensajes publicitarios que se
incluyen en esta edición.**

COMITÉ EDITORIAL ASESOR

Drs. Selim Abara E.
Marisol Acuña A.
Manuel Barros M.
Sergio Bello S.
Gisella Borzone T.
Hernán Cabello A.
Mario Calvo G.
Eliana Ceruti D.
Patricia Díaz A.
Orlando Díaz P.
Sergio González B.
Patricio Jiménez P.
Javier Mallol V.

Drs. Manuel Meneses C.
Aída Milinarsky T.
Sylvia Palacios M.
María Angélica Palomino M.
Julio Pertuzé R.
Jorge Pino R.
Arnoldo Quezada L.
Valentina Quiroga S.
Ignacio Sánchez D.
Ricardo Sepúlveda M.
Alvaro Undurraga P.
Gonzalo Valdivia C.
María Teresa Valenzuela B.
María Teresa Vicencio A.



†
SER

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

SOCIEDAD CHILENA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Fundada el 13 de marzo de 1930 con el nombre de Sociedad Chilena de Tisiología, por los doctores Héctor Orrego Puelma, Sótero del Río, Fernando Cruz, Rolando Castañón, Félix Bulnes, Arturo Espina, Max Vega, Manuel Sánchez del Pozo, Manuel Madrid, Salomón Margullis y Gonzalo Corbalán.

Maestros de la Especialidad

Dr. Héctor Orrego Puelma (Q.E.P.D.)	Dr. Luis Herrera Malmsten
Dr. Victorino Farga Cuesta	Dr. Edgardo Cruz Mena
Dra. Eliana Ceruti Danús	Dr. Edgardo Carrasco Calderón
Dr. Manuel Oyarzún Gómez	

Miembros Honorarios

Dra. María Lina Boza Costagliola	Dra. Carmen Lisboa Basualto
Dr. Isidoro Busel Guendelman	Dr. Gladio Mena Salinas (Q.E.P.D.)
Dr. Carlos Casar Collaso	Dr. Elías Motles Waisberg (Q.E.P.D.)
Dr. Juan Céspedes Galleguillos	Dr. Juan Pefaur Ojeda (Q.E.P.D.)
Dr. Carlos Deck Buhlmann (Q.E.P.D.)	Dr. Juan Sabbagh Dada (Q.E.P.D.)
Dra. Patricia Díaz Amor	Dra. María Inés Sanhueza Bahamondes
Dr. Armando Díaz Cruz	Dr. Moisés Selman Lama
Dr. Ricardo Ferretti Daneri	Dr. Alvaro Undurraga Pereira
Dr. Luis Godoy Belmar	Dra. María Teresa Vicencio Aedo
Dr. Patricio González González (Q.E.P.D.)	Dr. Egidio Zúñiga Guerra (Q.E.P.D.)

Directorio de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (2014-2015)

Presidente	: Dr. Mario Calvo G.
Vice-Presidente	: Dr. Francisco Arancibia H.
Secretaria	: Dra. Claudia Astudillo M.
Past President	: Dr. Luis Astorga F.
Tesorero	: Dr. Edgardo Grob B.
Directores	Dra. Viviana Aguirre C. Dr. Raúl Corrales V. Dr. José M. Clavero R. Dr. Juan Grandjean R. Dra. Patricia Schönffeldt G. Dr. Hugo Valenzuela C.

Presidentes de Filiales

V Región	: Valparaíso-Viña del Mar	: Dra. Juana Pavié G.
VIII Región	: Concepción-Talcahuano	: Dra. Roxana Maturana R.
Región Sur	: Valdivia-Osorno-Puerto Montt	: Dra. Carmen Albornoz V.

Representante Rama Broncopulmonar Sociedad Chilena de Pediatría: Dr. Fernando Martínez R.

Coordinadores de Comisiones, Secciones y Ramas

Comisiones

Apnea del Sueño	: Dr. Jorge Jorquera A.
Asma Adulto	: Dr. Ricardo Sepúlveda M.
Asma Pediátrica	: Dra. María E. Chala C.
Cáncer Pulmonar	: Dra. Paula Barcos M.
Científica e Investigación	: Dra. Patricia Díaz A.
Daño Pulmonar Crónico	: Dr. Luis Vega B.
Enfermedades minoritarias	: Dr. Rafael Silva O.
EPOC	: Dr. Manuel Barros M.
Ética	: Dr. Luis Astorga F.
Farmacoterapia	: QF. Viviana Alvarado Ch.
Función Pulmonar Adulto	: Dr. Iván Caviedes S.
Función Pulmonar Pediátrico	: Dr. Raúl Corrales V.
Infecciones Respiratorias Adultos	: Dr. Fernando Saldías P.
Coordinadores del Congreso Anual	: Drs. Francisco Arancibia H., José M. Clavero R., María A. Palomino M. y Patricia Schönffeldt G.
Coordinadores Regionales Congreso	: Drs. Carmen Albornoz V. y Juan Grandjean R.
Reglamentos y Estatutos	: Dr. Raúl Corrales V.
Representantes ante CONACEM	: Drs. Raúl Corrales V., Fernando Saldías P. y María Teresa Vicencio A.
Rehabilitación pulmonar	: Drs. Juana Pavié G. y Francisco Arancibia H.
Relaciones Internacionales	: Dra. Juana Pavié G.
Revisora de cuentas	: Dr. Sergio Bello S.
Tabaco, Contaminación Ambiental y Enfermedades Ocupacionales	: Drs. M. Paz Corvalán B., Manuel Oyarzún G. y Gustavo Contreras T.
Tuberculosis	: Dr. Victorino Farga C.

Ramas

Enfermería	: Coordinadora	: E.U. Cecilia Reyes G.
Kinesiología	: Coordinador	: Klgo. Osvaldo Cabrera R.
Tecnología Médica	: Coordinadora	: T.M. Bernardine Helle W.
Médico Asesor de Ramas		: Dra. Patricia Schönffeldt G.

47° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Programa.....	S 9
Resúmenes de Comunicaciones Libres	
- En sesiones de diapositivas (CL 1 – CL 77)	S 27
Índice de autores y coautores de Comunicaciones Libres (sesiones de diapositivas)	S 53

47° CHILEAN MEETING ON RESPIRATORY DISEASES

Program.....	S 9
Abstracts presented	
- At slide sessions (CL1 – CL 77)	S 27
Index of authors of abstracts (slide sessions)	S 53

47° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

5 al 8 de Noviembre de 2014

Hotel Dreams - Valdivia

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente : Dr. Mario Calvo G.
Vice-Presidente : Dr. Francisco Arancibia
Past-President : Dr. Luis Astorga F.
Secretario : Dra. Claudia Astudillo M.
Tesorero : Dr. Edgardo Grob B.
Coordinador Adulto : Dr. Francisco Arancibia H.
Coordinadora Pediatría : Dra. María Angélica Palomino M.
Coordinador Cirugía : Dr. José Miguel Clavero R.
Coordinadora Rama : Dra. Patricia Schönffeldt G.

Coordinadores Regionales : Dra. Carmen Albornoz V.
Dr. Juan Grandjean R.

Comité Científico : Drs. Patricia Díaz A. (Coordinadora)
Carlos Casar R.
Manuel Oyarzún G.
Gonzalo Valdivia C.
María Teresa Vicencio A.

Revisores Invitados:

Drs. Viviana Aguirre C.	Raúl Corrales V.	Carlos Peña M.
Felipe Aller R.	Orlando Díaz P.	M. Eugenia Pérez O.
Cecilia Álvarez G.	Patricia Díaz A.	Cristina Pierry V.
Francisco Arancibia H.	Patricia Fernández V.	Patricio Rioseco S.
Sonia Arredondo V.	Sebastián Fernández B.	Eduardo Sabbagh P.
Luis Astorga F.	Matías Florenzano V.	Lucía Salamanca F.
Paula Barcos M.	Rodrigo Gil D.	Raimundo Santolaya C.
Manuel Barros M.	Mónica Gutiérrez C.	Rafael Silva O.
Justo Bogado S.	Mónica Gutiérrez N.	Claudio Suárez C.
Gisella Borzone T.	Carolina Herrera C.	Bernardita Torrealba J.
María Lina Boza C.	Óscar Herrera G.	Carlos Ubilla P.
Mario Calvo G.	Andrés Koppmann A.	Álvaro Undurraga P.
Carlos Casar C.	Carmen Lisboa B.	Isabel Valdés I.
Jaime Cereceda P.	Manuel Meneses C.	Gonzalo Valdivia C.
Juan Céspedes G.	Henry Olivi R.	María Teresa Vicencio A.
María Evelyn Chala C.	Manuel Oyarzún G.	Liliana Vicherat M.
Sara Chernilo S.	Maite Oyonarte W.	Eduardo Wainstein G.
José Miguel Clavero R.	María Angélica Palomino M.	Bárbara Walker C.
	Juana Pavié G.	Mónica Zagolín B.
		Guillermo Zepeda F.

INSTITUCIONES PATROCINANTES

Universidad de Valparaíso
Universidad de Santiago
Universidad de Los Andes
Universidad de La Frontera
Universidad de Concepción
Universidad de Chile
Universidad Austral de Chile
Universidad Andrés Bello
Universidad del Desarrollo
Universidad Autónoma de Talca (UA)
Pontificia Universidad Católica de Chile
Sociedad Médica de Santiago
Sociedad Chilena de Pediatría
Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología
Sociedad Chilena de Neumología pediátrica
OMS/OPS en Chile
Conacem
Municipalidad de Valdivia
Clínica Alemana de Valdivia
Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente
Servicio de Salud Metropolitano Sur
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Servicio de Salud Metropolitano Norte
Servicio de Salud Metropolitano Central
Servicio de Salud Araucanía Norte
Servicio de Salud Araucanía Sur
Servicio de Salud Valdivia
Servicio de Salud Osorno
Hospital Base de Valdivia

INSTITUCIONES COLABORADORAS

Astra Zeneca Chile
Boehringer Ingelheim Ltda
Editorial Mediterráneo Ltda
GlaxoSmithKline Chile
Grifols Chile
Indura S.A.
ITF-Labomed Ltda
Ivens S.A.
Laboratorio Bayer S.A.
Laboratorio D&Pharma-Cassará
Laboratorio Pasteur S.A.
Laboratorios Recalcine S.A.
Laboratorios Saval S.A.
MSD Chile
Novartis Chile S.A.
Pfizer Chile S.A.

INVITADOS INTERNACIONALES

DR. EDUARDO BIANCO

Médico cardiólogo, Especialista en Tratamiento del Tabaquismo
Director para Latinoamérica de la Alianza para el Convenio Marco del Control del Tabaco
Presidente del Centro de Investigación para la Epidemia de Tabaquismo en Uruguay.
Montevideo, Uruguay

STEPHEN D. CASSIVI, MD MSC FRCSC FACS

Professor of Surgery
Vice Chair-Department of Surgery
Mayo Clinic
Minneapolis, USA

DRA. PILAR DE LUCAS

Presidenta SEPAR
Especialista en Neumología
Jefa de Sección de Neumología
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Madrid, España

EU. JORDI GINER DONAIRE

Servicio de Neumología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona, España

FERNANDO D. MARTÍNEZ, MD

Regents' Professor
Director, BIO5 Institute
Director, Arizona Respiratory Center

DR. LUIS PÉREZ DE LLANO

Jefe de Servicio del HULA.
Director de Formación Continuada de SEPAR.
Barcelona, España

HENRY D. TAZELAAR, MD

Chair, Department of Laboratory Medicine and Pathology
Professor of Pathology, College of Medicine
Mayo Clinic
Scottsdale, Arizona, USA

47° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

5 al 8 de Noviembre de 2014
Hotel Dreams - Valdivia

PROGRAMA CIENTÍFICO

Miércoles 5 de Noviembre

Coordinadores del día:

Drs. Francisco Arancibia y Claudia Astudillo

- 13:30 – 15:00 **SIMPOSIO ALMUERZO**
- OMALIZUMAB: LA DECISIÓN DEL ESPECIALISTA EN ASMA DE DIFÍCIL CONTROL**
Coordinadora: Dra. María Teresa Parada
- ASMA DE DIFÍCIL CONTROL Y USO DE ANTI IgE**
Dra. María Teresa Parada
- CASOS CLÍNICOS**
ACTUALIZACIÓN GUÍAS GINA 2014 EN ASMA DE DIFÍCIL CONTROL
Dr. Felipe Rivera
Salón: Río Valdivia
- 15:30 – 16:15 **CONFERENCIA PLENARIA**
VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA DOMICILIARIA
Dra. Pilar De Lucas
Modera: Dr. Juan Grandjean
Salón: Río Cruces
- 16:15 – 16:45 **Café**
- 16:45 – 18:30 **SIMPOSIO MÉDICO-QUIRÚRGICO: “TRASPLANTE PULMONAR”**
Coordinadores: Drs. Claudia Sepúlveda y Raimundo Santolaya
Salón: Río Cruces
- INTRODUCCIÓN**
Dr. Joel Melo
- PREPARANDO AL PACIENTE PARA EL TRASPLANTE**
Dra. María Teresa Parada
- AVANCES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**
Dr. Stephen D. Cassivi
- ANATOMÍA PATOLÓGICA Y TRASPLANTE PULMONAR**
Dr. Henry D. Tazelaar
- MESA REDONDA**

- 16:45 – 18:25 **SIMPOSIO PEDIÁTRICO SER-SOCHINEP II: “NUEVOS TRATAMIENTOS EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS**
Coordinadora: Dra. Isabel Valdés
Salón: Río Valdivia
- INTRODUCCIÓN**
Dra. Isabel Valdés
- TERAPIA PERSONALIZADA EN FIBROSIS QUÍSTICA**
Dra. María Lina Boza
- ANTIBIÓTICO-TERAPIA INHALATORIA**
Dra. Viviana Lezana
- TERAPIAS BIOLÓGICAS**
Dra. Ana María Herrera
- CÁNULA DE ALTO FLUJO: USO Y LIMITACIÓN**
Dra. Alejandra Zamorano
- DISCUSIÓN**
- 18:30 – 18:55 **PREMIOS Y PROYECTOS**
Dra. Patricia Díaz
Salón: Río Cruces
- 18:30 – 18:55 **Reconocimiento como Miembro Honorario a Dr. Fernando Martínez**
Dr. Mario Calvo
Salón: Río Cruces
- 18:10 – 20:10 **INAUGURACIÓN**
Dra. Mario Calvo
Salón: Río Cruces
- 21:00 **Zarpa Cena navegable**

Coordinadores del día:

Drs. Hugo Valenzuela y Viviana Aguirre

- 08:00 – 08:50 **CONFERENCIA PLENARIA
HISTORIA NATURAL DEL ASMA**
Dr. Fernando Martínez
Moderadora: Dra. Patricia Díaz
Salón: Río Cruces
- 09:00 – 10:15 **SIMPOSIO MÉDICO-QUIRÚRGICO I: “NUEVOS ESTÁNDARES EN CÁNCER PULMONAR”**
Coordinan: Drs. José Miguel Clavero y Paula Barcos
Salón: Río Cruces
- DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER PULMONAR, ¿LAS DIFICULTADES DE SU APLICACIÓN EN CHILE?**
Dr. Hernán Cabello
- EVALUACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE DE ALTO RIESGO**
Dr. Iván Caviedes
- CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN CÁNCER PULMONAR ¿CUÁL ES EL ESTÁNDAR ACTUAL?**
Dr. Stephen D. Cassivi
- 09:00 – 10:15 **SIMPOSIO PEDIÁTRICO: VÍA AÉREA I: IMPORTANCIA DEL ESTUDIO ENDOSCÓPICO**
Coordinador: Dr. Jorge Mackenney
Salón: Río Valdivia
- FIBROBRONCOSCOPIA: LO IDEAL, LO REAL Y LO PRÁCTICO**
Dr. Agustín León
- BRONCOSCOPIA RÍGIDA Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS**
Dr. Patricio Varela
- ESTRIDOR Y PATOLOGÍA FRECUENTE EN LARINGE**
Dr. Álvaro Pacheco
- 08:30 – 10:15 **SIMPOSIO RAMAS: ACTUALIZACIÓN EN KINESITERAPIA RESPIRATORIA**
Coordinador: Klgo. Osvaldo Cabrera
Salón: Río Calle Calle
- REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. PROBLEMAS Y DESAFÍOS**
Klgo. Alex Campos
- EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO PRE-OPERATORIO EN CIRUGÍA TORÁCICA**
Klgo. Osvaldo Cabrera
- INCENTIVADOR INSPIROMÉTRICO: USOS Y ABUSOS**
Klgo. Daniel Ciudad
- TERAPIA INHALATORIA. CONSENSO SEPAR-ALAT**
EU. Jordi Giner
- DISCUSIÓN**

- 10:15 – 10:45 **Café**
- 10:45 – 11:45 **SIMPÓSIO MÉDICO-QUIRÚRGICO II: NUEVOS ESTÁNDARES EN CÁNCER PULMONAR**
 Coordinadores: Drs. José Miguel Clavero y Paula Barcos
 Salón: Río Cruces
- ESTUDIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO EN LA ERA POST GENÓMICA**
 Dr. Henry D. Tazelaar
- BLANCOS CELULARES, TRATAMIENTOS SELECTIVOS E INMUNOTERAPIA**
 Dr. Cristián Carvallo
- MESA REDONDA**
- 10:45 – 11:45 **SIMPÓSIO PEDIÁTRICO: VÍA AÉREA II: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS INESPERADOS**
- CASOS CLÍNICOS**
 Moderador: Dr. Jorge Mackenney
 Participan: Dr. Agustín León, Dr. Álvaro Pacheco y Dr. Patricio Varela
 Salón: Río Valdivia
- 10:45 – 11:45 **SIMPÓSIO DE RAMA: ¿CÓMO EVALUAR LA INFLAMACIÓN DE LA VÍA AÉREA?**
 Coordinadora: TM. Bernardine Helle
 Salón: Río Calle Calle
- NUEVOS MARCADORES DE LA INFLAMACIÓN BRONQUIAL**
 EU. Jordi Giner
- PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA DE ESPUTO INDUCIDO**
 TM. Sonia Arredondo
- MEDICIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO (FENO)**
 TM. Paulina Gómez
- 11:50 – 13:05 **SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**
- SALÓN** : Río Cutipay (CL1 – CL5)
SESIÓN : TRASPLANTE
Coordinadores : Drs. David Lazo y Patricia Fernández
- CL-1** **TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUIÍSTICA. EXPERIENCIA EN 2 CENTROS.** Melo J., Parada MT., Sepúlveda C., Fernández P., Salinas M., Gajardo F., Donoso E. y Herzog C. Instituto Nacional del Tórax, Centro de Trasplante Clínica Las Condes.
- CL-2** **TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTE CON DAÑO PULMONAR AGUDO REFRACTARIO.** Parada M., Lazo D., Villalabeitia E., Díaz R., Valdés S., Melo J., Clavero JM. y Blamey R. Centro de Pacientes Críticos y Centro de Trasplante, Clínica Las Condes.
- CL-3** **INFECCIONES OPORTUNISTAS PRECOCES Y TARDÍAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES.** Parada MT., Sobarzo M., Burgos S., Melo J. y Herzog C. Centro de Trasplantes Clínica Las Condes.
- CL-4** **UTILIDAD DE LA BRONCOSCOPIA DE VIGILANCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.** Melo J., Sepúlveda C., Fernández C., Meneses M., Fernández-Bussy S., Jalilie A., Guerra C., Donoso E. y Gajardo F. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.
- CL-5** **CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI.** Sepúlveda C., Fernández P., Jiménez P. y Peña P. Clínica Santa María.

11:50 – 13:05

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**SALÓN**

: Río Cau Cau (CL6 – CL10)

SESIÓN

: FIBROSIS QUÍSTICA EN PEDIATRÍA

Coordinadores

: Drs. Carmen Albornoz y Luis Astorga

CL-6

TRAQUEOBRONCOPATÍA OSTEOCONDROPLÁSTICA. Nayar S., Cox PP., Parra G., Bozzo R. y Palomino MA. Hospital Roberto del Río. Departamento de Pediatría Norte. Universidad de Chile.

CL-7

ABSCESO PULMONAR: SERIE DE CASOS CLÍNICOS. Robles O. y Mackenney J. Facultad de Medicina, Hospital Roberto del Río, Universidad de Chile.

CL-8

ESTADO NUTRITIVO Y COMPOSICIÓN CORPORAL DE NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN PULMONAR. Balboa P., Bravo P., Palomino MA., Parra M., Bozzo R. y Torrejón C. Hospital Roberto del Río, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Campus Norte. Universidad de Chile.

CL-9

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON Y SIN FIBROSIS QUÍSTICA: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL CFQ-R CHILD. Cruzat L., Parra G., Lezana V., Balboa P., Nieto D., Uribe P., Cofré F., Bozzo R., Valenzuela JL., González I. y Palomino MA. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río y Hospital Gustavo Fricke. Departamento de Pediatría. Universidad de Chile y Universidad de Valparaíso.

CL-10

CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO 2012 A 2014. Cofré F., Benadof D., Parra MG., Bozzo R., Valenzuela JL., Nieto D. y Palomino MA. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Universidad de Chile.

11:50 – 13:05

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**SALÓN**

: Río Calle Calle (CL11 – CL15)

SESIÓN

: TUBERCULOSIS EN ADULTO

Coordinadores

: Drs. Carlos Peña y Pablo Marcone

CL-11

PRIMER REPORTE DE RESISTENCIA PRIMARIA AL TRATAMIENTO TUBERCULOSO EN LA REGIÓN DE LOS RÍOS. Saldías J., Silva R., Agüero D., Mondaca R. y Herrera T*. Hospital Base Valdivia, Instituto Medicina Universidad Austral de Chile. *Directora del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis, Ministerio de Salud.

CL-12

PERFIL DE CITOQUINAS TH1, TH2 Y TH17 DIFIERE SIGNIFICATIVAMENTE ENTRE CONTACTOS INTRADOMICILIARIOS CON INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE, CONTACTOS NO INFECTADOS Y ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA. Balcells ME., Tiznado C., García P., Peña C., Acuña E., Carvajal C., Zegna-Ratá F., Meza P. y Naves R. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital San Borja Arriarán y Universidad de Chile.

CL-13

CALIDAD DE LA MUESTRA DE EXPECTORACIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR. Zúñiga J., Peña C., Pino C., Arancibia F. y Caamaño R. Hospital San Borja Arriarán; Programa de Tuberculosis Servicio de Salud Metropolitano Central; Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax; Medicina Interna Universidad de Valparaíso.

CL-14

PÉRDIDA DIAGNÓSTICA DE TUBERCULOSIS PULMONAR BACILÍFERA POR NO PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE EXPECTORACIÓN. Pezantes M., Zúñiga J., Peña C., Pino C., Arancibia F. y Caamaño R. Servicio de Medicina Hospital Dipreca. Programa de Tuberculosis Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax, Programa de Tuberculosis, Servicio de Salud Metropolitano Central.

CL-15

RENDIMIENTO DEL GENEXPERT MTB/RIF PARA DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Vallejo P., Searle A., Deza C., Medina C., Arancibia F. y Rodríguez JC. Servicio de Medicina Respiratoria y Laboratorio de Tuberculosis, Instituto Nacional del Tórax.

- 11:50 – 13:05 **SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**
- SALÓN** : Río Cruces (CL16 – CL20)
SESIÓN : INTERSTICIALES
Coordinadores : Drs. Álvaro Undurra y Gisella Borzone
- CL-16** **EFFECTOS DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA DE SANTIAGO EN 2013 EN ANIMALES CENTINELA.** Reyes T., Moraga D., Morales J., Dussaubat N., Miller ME. y Oyarzún M. Programa de Fisiopatología. Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- CL-17** **PREVALENCIA DE HALLAZGOS EN TOMOGRAFÍAS COMPUTADAS DE TÓRAX COMPATIBLES CON ENFERMEDAD PULMONAR RELACIONADA CON EXPOSICIÓN AL ASBESTO EN UNA POBLACIÓN DE RIESGO.** Ahumada S., Arancibia R., Madariaga S. y Santamarina M. Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso.
- CL-18** **FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO DE LA SATURACIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO (SatO₂) DURANTE EL SUEÑO EN TRABAJADORES MINEROS EXPUESTOS A GRAN ALTURA.** Vargas M. y Carrillo J. (MISO) Ltda. Iquique, Chile.
- CL-19** **REPARACIÓN DEL DAÑO PULMONAR AGUDO INDUCIDO POR CONTENIDO GÁSTRICO: NEUMONÍA EN ORGANIZACIÓN.** Ayala P., Araos J., Meneses M. y Borzone G. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile e Instituto Nacional del Tórax.
- CL-20** **ACTIVIDAD DIFERENCIAL DE METALOPROTEASAS DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL DAÑO PULMONAR INDUCIDO POR JUGO GÁSTRICO EN LA RATA.** Ayala P., Araos J., Montalva R., Meneses M. y Borzone G. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile e Instituto Nacional del Tórax.
- 13:10 - 14:40 **SIMPOSIO ALMUERZO I**
- IMPORTANCIA DE LAS EXACERBACIONES EN EPOC**
Dr. Rafael Silva
- REPORTE DEL ESTUDIO FÁRMACO-ECONÓMICO DE QVA 149**
Dr. Leandro Biagini
- ASPECTOS DE SEGURIDAD CARDIOVASCULAR DE LOS LABA/LAMA**
Dr. Eduardo Bianco
Salón: Sky
- 13:10 - 14:40 **SIMPOSIO ALMUERZO II**
- CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL: UN DESAFÍO ALCANZABLE**
Moderadores: Drs. Patricio Jiménez, José Antonio Castro y Patricia Fernández
- Gentileza GSK
Salón: Río Valdivia
- 15:00 – 15:45 **CONFERENCIA ADULTO-PEDIATRA**
- GENÉTICA Y GENÓMICA DE LAS EXACERBACIONES DE ASMA**
Dr. Fernando Martínez
Moderadora: Dra. María Angélica Palomino
Salón: Río Cruces
- 14:45 – 17:00 **SIMPOSIO DE RAMA: MEDICIONES PULMONARES**
Coordinadora: Dra. Patricia Schönfeldt
Salón: Río Valdivia

PRUEBAS DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL DIRECTAS

TM. Bernardine Helle

PRUEBAS DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL INDIRECTAS

EU. Jordi Giner

APLICACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN NIÑOS

Dra. Marcela Linares

IOS: TÉCNICAS E INTERPRETACIÓN

Dra. Marcela Linares

UTILIDAD DE LA NARIZ ELECTRÓNICA EN LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

EU. Jordi Giner

15:00 – 15:45

TALLER I: ENFERMEDADES INTERSTICIALES

Coordinadores: Drs. Álvaro Undurraga y Manuel Meneses

CASO CLÍNICO I

Dr. Cristian Deza

CASO CLÍNICO II

Dr. Cristian Medina

Participan: Drs. Henry D. Tazelaar y Eduardo Sabbagh

Salón: Río Calle Calle

15:45 – 17:00

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**SALÓN**

: Río Calle Calle (CL21 – CL25)

SESIÓN

: CÁNCER EN ADULTO

Coordinadores

: Drs. Paula Barcos y Claudia Sepúlveda

CL-21**LINFOMAS PULMONARES PRIMARIOS. Spencer ML.,** Ayres G., Cabezas C., Azócar C., González R., Díaz AM. y Fernández C. Servicios de Anatomía Patológica, Broncopulmonar, Cirugía Cardiorácica e Imagenología del Hospital Clínico Regional de Concepción y Facultad de Medicina, Universidad de Concepción e Instituto Nacional del Tórax.**CL-22****CARACTERIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CÁNCER PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Santana G.,** Pino C., Ibarra C., Orlandi F., Chernilo S., Cheyre JE., Fernández C., Cacciuttolo G. y Arancibia F. Servicio de Medicina Respiratoria y Anatomía Patológica del Instituto Nacional del Tórax.**CL-23****ADENOCARCINOMA PULMONAR: RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DE LOBECTOMÍAS ENTRE 2003-2012 EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. INFORME PRELIMINAR. Fernández C.,** Numhauser I., Pino C., Ibarra C. y Mendoza G. Anatomía Patológica, Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax y Medicina Interna Universidad de Chile, Hospital del Salvador.**CL-24****CARCINOIDE PULMONAR. Leiva V.,** Reyes M., Valenzuela H., Cortés A., Kral A. y Hernández I. Hospital Carlos Van Buren, Hospital Eduardo Pereira, Universidad de Valparaíso.**CL-25****LINFOMA NO HODGKIN PULMONAR PRIMARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. Espinoza C.,** Pezantes I., De La Fuente I. y Cerda J. Medicina Interna Universidad de Valparaíso, Departamento de Enfermedades Respiratorias Adulto, Hospital Di-preca.

15:45 – 17:00

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES

SALÓN : Río Cruces (CL26 – CL30)
SESIÓN : CASOS CLÍNICOS Y TUBERCULOSIS ADULTO
Coordinadores : Drs. Nelson Toro y Liliana Vicherat

- CL-26** **REACCIÓN ADVERSA CUTÁNEA SEVERA A TERAPIA ANTITUBERCULOSA EN PACIENTE GRAVE. DIFICULTADES EN SU MANEJO Y EN LA REINTRODUCCIÓN DE LA TERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.** Mendoza G., Obregón J., Amador J., Ríos F., Morales A. y Peña C. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax, Medicina Interna Hospital Dipreca, Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio Broncopulmonar Hospital Clínico San Borja Arriarán.
- CL-27** **UN CASO DE MAL DE POTT EN EL SIGLO XXI.** Cerda J., De la Fuente I., Pezantes I., Espinoza C., Pereira G., Pizarro J. y Hurtado G. Servicio Broncopulmonar, Servicio de Medicina Interna y Servicio de Radiología Hospital Dipreca.
- CL-28** **BALANITIS POST INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO CALMETTE GUERIN (BCG).** Hurtado G. y Peña C. Servicio de Medicina Interna Hospital Dipreca, Programa Tuberculosis de Servicio de Salud Metropolitano Central.
- CL-29** **HIPER-REACCIÓN CUTÁNEA-SISTÉMICA A TEST DE TUBERCULINA: REPORTE DE CASO.** Pino C., Peña C., Mendoza G. y Cerda J. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax y Servicio Broncopulmonar Hospital San Borja Arriarán.
- CL-30** **HIPEREOSINOFILIA PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE LOEFFLER.** Beltrán MC., Meier A., Cea X. y Baeza A. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Universidad de La Frontera, Temuco.

15:45 – 17:00

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES

SALÓN : Río Cutipay (CL31 – CL34)
SESIÓN : ESTUDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA
Coordinadores : Drs. Ricardo Sepúlveda y Manuel Barros

- CL-31** **REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC: EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.** Campos A., Cabrera O. y Arancibia F. CESFAM Dr. Alberto Allende Jones, Instituto Nacional del Tórax.
- CL-32** **SITUACIÓN ACTUAL DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC, EN LAS SALAS ERA DE LOS CENTROS DE APS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA Y VALPARAÍSO - SAN ANTONIO.** Poblete F., Colines Y., Pavié J., De la Prida M. y Ciudad D. Policlínico y Servicio de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Quilpué, Servicio Poli-Respiratorio Hospital San Martín de Quillota, Servicio de Medicina Hospital Gustavo Fricke, Servicio de Pediatría Hospital Van Buren.
- CL-33** **PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS AL PROGRAMA EPOC EN UN CONSULTORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE 10 AÑOS.** Alvear G., Figueroa L. y Peña C. Clínica Miguel de Servet. Integramédica, CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, Departamento de Enfermedades Respiratorias Servicio de Medicina Hospital San Borja Arriarán.
- CL-34** **PESQUISA DE SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.** Vargas M., Avilés S. y Torres R. Sala ERA Hospital E. Torres G. Iquique.

15:45 – 17:00 **SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**

SALÓN : Río Cau Cau (CL35 – CL39)
SESIÓN : INFECCIONES Y ASMA EN PEDIATRÍA
Coordinadores : Drs. Karin Grob y Viviana Lezana

CL-35 **HOSPITALIZACIÓN POR BRONQUIOLITIS AGUDA EN UNA CLÍNICA PRIVADA: CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA DIFUSIÓN DE UNA GUÍA DE TRATAMIENTO.** León A., Pérez MA., Baeza M., Rivacoba C. y Canals A. Clínica Santa María.

CL-36 **ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS GRAVES EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO.** Lozano J., Yáñez L., Lapadula M., Rivacoba C., Burgos F., Fernández C., Rodríguez P., Cristino P., Lama P., Cortez D., Espinoza C. y Grez C. Unidad de paciente Crítico Pediátrico Clínica Santa María.

CL-37 **FUNCIÓN PULMONAR Y MARCADORES INFLAMATORIOS EN PREESCOLARES SIBILANTES RECURRENTES CON Y SIN RIESGO DE ASMA.** Flores C., Caussade MS., Morales M., Donaire R., Moya A., Pino K., Ángulo J. y Castro JA. Escuela de Medicina, Laboratorio de Función Pulmonar y Centro de Investigaciones Médicas, Pontificia Universidad Católica de Chile.

CL-38 **CASO CLÍNICO: NEUMONITIS CRÓNICA DEL LACTANTE.** Astorga L., Herrera O., Sepúlveda H., Mardones P., Wevar ME., Daszenies C. y Henríquez A. Unidad Anatomía Patológica y Unidad Broncopulmonar Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

CL-39 **SEGUIMIENTO DE LACTANTES HOSPITALIZADOS POR BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL Y RINOVIRUS. EVOLUCIÓN CLÍNICA, RESPUESTA INFLAMATORIA Y MARCADORES DE ATOPIA.** Zepeda G., Díaz P., Pinto R., Gaggero A. y Uasapud P. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Campus Norte, Programas de Fisiopatología y de Virología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital Roberto del Río. Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo.

17:00 – 17:30 **Café**

17:30 – 18:15 **CONFERENCIA PLENARIA
MICROBIOMA Y ASMA**
Dr. Fernando Martínez

Moderadora: Dra. Rosa María Feijóo
Salón: Río Cruces

17:30 – 18:15 **SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS QUIRÚRGICOS**
Coordinadores: Drs. Steven D. Cassivi, Claudio Suárez y Luis Jiménez

Participan: Drs. David Lazo, Jorge Salguero, Raimundo Santolaya, Felipe Bannura, Verónica Fonseca, Roberto Carrasco, Cristián González y Roberto González
Salón: Río Calle Calle

17:30 – 18:15 **TALLER II: ENFERMEDADES INTERSTICIALES**
Coordinador: Dr. Matías Florenzano

¿ES LA MICROASPIRACIÓN LA CAUSA DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA?
Dra. Gisella Borzone

EXACERBACIONES AGUDAS DE ENFERMEDADES INTERSTICIALES

Dr. Matías Florenzano

MESA REDONDA: ROL DE LA HISTOLOGÍA EN EL ESTUDIO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

Moderadora: Dra. Cristina Fernández

Introducción

Dra. Cristina Fernández

Participan: Drs. Henry D. Tazelaar, Gisella Borzone y Matías Florenzano

Salón: Río Valdivia

Coordinadores del día:

Drs. Juan Grandjean y María Angélica Palomino

- 08:00 – 08:45 **CONFERENCIA PLENARIA
NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS EN EL ASMA**
Dr. Luis Pérez de Llano

Moderadora: Dra. Rosa María Feijóo
Salón: Río Cruces
- 08:45 – 10:05 **SIMPOSIO ADULTO-PEDIÁTRICO: ASMA DE DIFÍCIL MANEJO EN NIÑOS Y ADULTOS**
Coordinan: Dra. M. Angélica Palomino y Dr. Francisco Arancibia

CASO CLÍNICO I
Dra. Pamela Martínez

CASO CLÍNICO II
Dra. Gabriela Santana

CASO CLÍNICO III
Dr. Gino Fuentes

Participan: Drs. Fernando Martínez, Ricardo Sepúlveda y Rosa María Feijóo
Salón: Río Cruces
- 08:30 – 10:05 **SIMPOSIO CIRUGÍA: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS Y VÍDEOS**
Coordinador: Dr. Felipe Bannura

TRATAMIENTO ACTUAL DEL ENFISEMA
Dr. Steve D. Cassivi

CIRUGÍA ROBÓTICA
Dr. Rodrigo Aparicio

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN CÁNCER PULMONAR
Dr. Steve D. Cassivi

CIRUGÍA TORÁCICA UNIORTAL
Dr. Cristián González

MESA REDONDA
Salón: Río Calle Calle
- 10:05 – 10:35 **Café**
- 10:35 – 11:35 **SIMPOSIO ADULTO: NEUMONÍA E INMUNOLOGÍA**
Coordinadores: Drs. Mauricio Riquelme y Dra. Patricia Fernández

NEUMONÍA NEUMOCÓCICA
Dr. Miguel Aguayo

INMUNIZACIÓN EN PACIENTE ADULTO
Dr. Mario Calvo A.

MESA REDONDA
Salón: Río Cruces

- 10:35 – 11:35 **SIMPOSIO PEDIÁTRICO: TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO**
 Coordinador: Dr. Pablo Brockmann
- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN NIÑOS**
 Dr. Pablo Brockmann
- UTILIDAD DE LA POLIGRAFÍA EN NIÑOS**
 Dr. Linus Holmgren
- Salón: Río Valdivia
- 10:35 – 11:35 **TALLER DE CIRUGÍA: TRAUMA TORÁCICO, NUEVOS TRATAMIENTOS**
 Coordinador: Dr. Luis Jiménez
- ABORDAJES MÍNIMAMENTE INVASIVOS EN TRAUMA TORÁCICO ¿SE JUSTIFICAN?**
 Dra. Verónica Fonseca
- FIJACIÓN DEL TÓRAX VOLANTE Y FRACTURAS COSTALES:
 ¿CUÁNDO? ¿A QUIÉN? ¿CÓMO?**
 Dr. Jorge Salguero
- MANEJO DE LA FALLA RESPIRATORIA CATASTRÓFICA**
 Dr. Rodrigo Díaz
- MESA REDONDA**
 Salón: Río Calle Calle
- 11:40 – 12:55 **SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**
- SALÓN** : Río Cutipay (CL40 – CL43)
SESIÓN : CIRUGÍA
Coordinadores : Drs. Claudio Suárez y Felipe Bannura
- CL-40** **TIMECTOMÍA ROBÓTICA EN CLÍNICA SANTA MARÍA.** Fica M., Valenzuela R., Fernández P., Suárez F., Lobos JL., Aparicio R. y Suárez C. Clínica Santa María.
- CL-41** **ANÁLISIS DE MORBILIDAD EN LOBECTOMÍAS POR VIDEOTORACOSCOPIA. SERIE DE 34 PACIENTES EN CLÍNICA SANTA MARÍA.** Fica M., Valenzuela R., Fernández P., Suárez F., Lobos JL., Aparicio R. y Suárez C. Clínica Santa María.
- CL-42** **SECUESTRO PULMONAR, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA PULMONAR.** Oropesa A., Hidalgo F. y Vidal A. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián.
- CL-43** **FIJACIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURAS COSTALES CON PLACAS DE TITANIO: EXPERIENCIA PRELIMINAR.** Fica M., Fernández P., Valenzuela R., Lobos JL., Aparicio R. y Suárez C. Clínica Santa María.

11:40 – 12:55

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**SALÓN**

: Río Cruces (CL44 – CL48)

SESIÓN: **FUNCIÓN PULMONAR EN NIÑOS Y ADULTOS****Coordinadores**

: Drs. Juan Céspedes y Claudia Astudillo

CL-44

VALORACIÓN DE LA CONCORDANCIA EN LA INTERPRETACIÓN DE LA ALTERACIÓN ESPIROMÉTRICA ENTRE ECUACIONES DE REFERENCIA KNUDSON 1983 Y SER 2014. **García R.**, Figueroa A. y Tobar F. CESFAM Juan Bautista Bravo Vega y Universidad Andrés Bello.

CL-45

¿SON APLICABLES LAS ECUACIONES DE REFERENCIA ESPIROMÉTRICAS GLI-2012 A LA POBLACIÓN CHILENA ADULTA? **Gutiérrez M.**, Cortés M., Valdivia G., Villarroel L., Contreras G., Cartagena C. y Lisboa C. Hospital Naval de Viña del Mar, Universidad de Valparaíso, Pontificia Universidad Católica de Chile, Asociación Chilena de Seguridad de Santiago, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

CL-46

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA ALTA Y ASMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. **Pino C.**, Irazoqui P., Guerra C. y Vallejo P. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.

CL-47

ECUACIONES DE REFERENCIA PARA PRESIÓN INSPIRATORIA MÁXIMA: FUENTES DE VARIABILIDAD. **Bustamante A.** y Borzone G. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.

CL-48

EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL CON EJERCICIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. **García R.** CESFAM Juan Bautista Bravo Vega, Universidad Andrés Bello.

11:40 – 12:55

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**SALÓN**

: Río Calle Calle (CL49 – CL53)

SESIÓN: **MISCELÁNEA ADULTO****Coordinadores**

: Drs. Patricio Jiménez y Mauricio Cespéd

CL-49

TRANSMOGRIFICACIÓN PLACENTARIA DEL PULMÓN. REPORTE DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. **Spencer ML.**, Ayres G., Fuentes J., Fernández F., Mucientes F., Fernández C. y González R. Anatomía Patológica, Cirugía Cardiorádica, Facultad de Medicina, Hospital Clínico Regional de Concepción, Universidad de Concepción e Instituto Nacional del Tórax.

CL-50

HIPOXEMIA COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICO. **Santana G.**, Fernández P., Peña C. y Zagolín M. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax. Servicio de Medicina Interna, Hospital San Borja Arriarán.

CL-51

SHRINKING LUNG SYNDROME. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO. **Díaz A.**, Ortega M., Aravena C. y Briceño C. Departamento Respiratorio, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

CL-52

INHALACIÓN DE DROGAS: UNA CAUSA INUSUAL DE HEMOPTISIS. **Azócar C.**, Nahuelpan B., Colima R., Mora F., Yáñez J. y Aguayo M. Servicio de Medicina Interna Hospital Clínico Regional de Concepción.

CL-53

HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: REPORTE DE UN CASO. **Beltrán M.**, Fuentes AM., Cea X., Ferrada M., Cerda C. y Solís N. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Universidad de la Frontera, Temuco.

11:40 – 12:55

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES

SALÓN : Río Cau Cau (CL-54 – CL58)
SESIÓN : **PROCEDIMIENTO ADULTO**
Coordinadores : Drs. Patricio Rioseco y Miguel Aguayo

CL-54 **MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS PULMONARES Y MANEJO ENDOVASCULAR: REPORTE DE UN CASO.** Saavedra M., Sandoval J., Arancibia F., López J. y Sabbagh E. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.

CL-55 **HEMOPTISIS RESUELTA POR EMBOLIZACIÓN EN PACIENTE USUARIO DE ANTI-COAGULANTE ORAL.** Lagos M., De La Fuente M., Cerda J., Pereira G., León B., Fuenzalida M., Cataldo P. y Chahuán J. Servicio de Radiología, Servicio de Medicina, Hospital Dipreca.

CL-56 **CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL CON SANGRE AUTÓLOGA Y TETRACICLINA.** Yáñez J., González R., Leiva C., Canario N., Nahuelpan B., Hammeau R., Azócar C., Aguayo M., Mora F. y Salazar F. Departamento de Medicina Interna, Universidad de Concepción.

CL-57 **ENDOSONOGRAFÍA BRONQUIAL CON ASPIRACIÓN POR AGUJA FINA (EBUS-TBNA): EXPERIENCIA INICIAL EN CHILE.** Labarca G., Canals S. y Fernández-Bussy S. Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

CL-58 **USO OMALIZUMAB EN ASMA DIFÍCIL CONTROL (ADC): INFORME PRELIMINAR.** Parada MT. y Moyna I. Centro de Enfermedades Respiratorias, Clínica Las Condes.

13:00 – 14:30

SIMPOSIO ALMUERZO**CONTROL DE LOS SÍNTOMAS Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN EPOC**

Moderadores: Drs. Patricio Jiménez, Manuel Barros y Alvaro Huerta

Gentileza GSK
 Salón: Río Valdivia

14:30 – 16:00

SIMPOSIO PLENARIO SER-SEPAR: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

Coordinadores: Drs. Pilar De Lucas y Mario Calvo

VMNI EN AGUDOS: CUÁNDO, CÓMO Y DÓNDE

Dra. Pilar de Lucas

VMNI DOMICILIARIA EN ADULTOS

Dr. César Maquilón

VMNI CRÓNICA EN NIÑOS

Dra. Claudia Astudillo

MESA REDONDA

Salón: Río Cruces

16:00 – 16:30

Café

16:30 – 17:45

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**SALÓN**

: Río Cutipay (CL59 – CL63)

SESIÓN

: MISCELÁNEA EN PEDIATRÍA

Coordinadores

: Drs. Fernando Martínez y Raúl Corrales

CL-59**EVOLUCIÓN CLÍNICO FUNCIONAL EN PACIENTES PORTADORES DE HIPOPLASIA PULMONAR.** Krefth J., Guarda ME. y Escobar AM. Unidad de Enfermedades Respiratorias, Hospital Roberto del Río.**CL-60****EVENTOS DE HIPOXEMIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS CON < DE 32 SEMANAS AL NACER PREVIO AL ALTA.** Morgues M., Vernal P., Valdés I., Fernández A. y Palomino MA. Hospital San José y Hospital Roberto del Río. Universidad de Chile.**CL-61****CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR. HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN.** Soto S., Rojas C., Niklitschek S., Venturelli T. y Aguilar S. Departamento de Estadística Universidad de Concepción, Servicio de Neonatología y Unidad de Respiratorio Infantil, Hospital Regional de Concepción.**CL-62****EFFECTO DE LA COMPRESIÓN E INSUFLACIÓN MANUAL EN EL FLUJO MÁXIMO DE TOS EN PACIENTES CON ATROFIA ESPINAL TIPO II.** Villarroel G., Damiani F., Jalil Y. y Paiva R. Programa AVNI-MINSAL.**CL-63****NEBULIZACIÓN CON SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA AL 5%: TOLERANCIA CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRAQUEOSTOMIZADOS.** Villarroel G., Jalil Y., Trincado V., Baraño P. y Astudillo C. Hospital Josefina Martínez.

16:30 – 17:45

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES**SALÓN**

: Río Valdivia (CL64 – CL68)

SESIÓN

: TUBERCULOSIS Y CASOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS

Coordinadores

: Drs. Carlos Casar e Isabel Valdés

CL-64**¿QUÉ SABEMOS DE ADENITIS POR VACUNA BCG (BACILO DE CALMETTE GUÉRIN) O BCG-ITIS?** Soto S., Quezada J., Fernández ML., Ediap C. y Rojas J. Facultad de Medicina, Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción.**CL-65****CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN EL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN Y ARAUCO.** Soto S., Monares R., Medrano P., Rojas C., Venturelli T. y Contreras I. Facultad de Medicina, Hospital Regional de Concepción, Servicio de Salud Concepción, Universidad de Concepción. Programa MINSAL para TBC.**CL-66****ASPERGILOSIS PULMONAR NECROTIZANTE CRÓNICA INFANTIL. CASO CLÍNICO.** Cerda M., Perillán J., Durán F., Jakubson L., Piottante A. y Godoy J. Servicio de Pediatría, Universidad de Chile. Servicio Broncopulmonar y Cirugía Infantil de Hospital San Juan de Dios. Departamento de Anatomía Patológica Clínica Las Condes.**CL-67****EVOLUCIÓN EN EL PERFIL DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN CUIDADOS RESPIRATORIOS CRÓNICOS, DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA.** Méndez M., Arzola L. y Astudillo C. Hospital Josefina Martínez. División de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio Respiratorio, Hospital Exequiel González Cortez.**CL-68****CASO CLÍNICO: TBC ÓSEA, MAL DE POTT, ESPONDILODISCITIS, ABSCESO PSOAS ILÍACO DERECHO.** Astorga L., Herrera O., Mardones P., Wevar ME., Sepúlveda H., Daszenies C., Fuentealba I. y Henríquez A. Unidad de Anatomía Patológica, Unidad de Broncopulmonar, Unidad de Radiología. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

16:30 – 17:45

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES

SALÓN : Río Cau Cau (CL69 – CL72)
SESIÓN : **SERIES CLÍNICAS**
Coordinadores : Drs. Rafael Silva y Raúl Riquelme

- CL-69** **IMPACTO DE LA *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICAS.** Pino C., Fonseca R., Melo J., Santana G. y Arancibia F. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax, Medicina Interna Hospital del Salvador.
- CL-70** **DILEMAS ÉTICOS DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS CASOS CLÍNICO ILUSTRATIVOS.** Pino C., Peña C., Arancibia F. y Cerda J. Servicio Broncopulmonar Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.
- CL-71** **CARACTERIZACIÓN Y FACTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.** Medina C., Deza C., Vallejo P., Arancibia F. y Nakouzi I. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.
- CL-72** **HEMORRAGIAS ALVEOLARES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EXPERIENCIA LOCAL.** Colima R., Ferreira L., Stehr C., Yáñez J., Aguayo M., Daube E., Hermosilla J., Fernández P., Pozo V., Mora F. y Azócar C. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Clínico Guillermo Grant Benavente. Departamento de Medicina Interna, Sección de Enfermedades Respiratorias y Medicina Intensiva, Universidad de Concepción.

16:30 – 17:45

SESIONES DE COMUNICACIONES LIBRES

SALÓN : Río Calle Calle (CL73 – CL77)
SESIÓN : CASOS CLÍNICOS ADULTOS
Coordinadores : Drs. Isabel de la Fuente y Felipe Aller

- CL-73** **EVOLUCIÓN DE NEUMONÍA CRIPTOGENICA ORGANIZADA CON PATRON FIBRÓTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.** Espinoza C., De la Fuente I., Cerda J, Pereira G. y Valenzuela M. Medicina Interna, Universidad de Valparaíso, Departamento de Enfermedades Respiratorias Adulto, Departamento de Radiología, Hospital Dipreca.
- CL-74** **COMPROMISO PULMONAR DE UN PACIENTE CON SÍNDROME ANTISINTETASA.** Cerda J., De la Fuente I., Pezantes I., Guerra C., Espinoza C., Pereira G. y Pizarro J. Servicio Broncopulmonar, Medicina Interna, Servicio de Reumatología y Servicio de Radiología Hospital Dipreca.
- CL-75** **PROTEINOSIS ALVEOLAR SECUNDARIA A NEOPLASIA HEMATOLÓGICA.** Deza C., Medina C., Vallejo P. y Arancibia F. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.
- CL-76** **NEUMONÍA NECROTIZANTE MULTILÓBAR SECUNDARIA A INMERSIÓN EN HIDROCARBUROS SOBREENFECTADA: UN GRAN DESAFÍO.** Lazo D., Parada MT., Díaz R., Blamey R., Rufs J., Duarte C., Zlatar J., Valdés S. y Rodríguez P. Centro de Enfermedades Respiratorias, Departamento de Anestesia, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Kinesiología, Unidad de Tratamiento Intensivo. Clínica Las Condes.
- CL-77** **EOSINOFILIA PULMONAR.** Leiva V., Reyes M., Cortés A., Kral A. y Hernández I. Clínica Ciudad del Mar, Universidad de Valparaíso.

17:45 – 18:45

CONTROVERSIAS “DR. PATRICIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ”

Coordinadores: Drs. Paula Barcos y David Lazo

1. ¿LOS CORTICOIDES INHALADOS MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EPOC?

Pro: Dr. Javier Cerda

Contra: Dr. Juan Grandjean

2. METASTASECTOMÍA PULMONAR VIDEOTORACOSCOPIA VS TORACOTOMÍA

Videotoracosopia: Dr. Gerardo Mordojovich

Toracotomía: Dr. Felipe Bannura

3. EN ESCOLARES CON ASMA NO CONTROLADA ES MEJOR SUBIR DOSIS DE CORTICOIDES INHALATORIOS QUE ADICIONAR LABA

Pro: Dr. José Perillán

Contra: Dra. Mónica Saavedra

Salón: Río Cruces

19:00 – 20:00

**VELADA CULTURAL “DR. HÉCTOR ORREGO PUELMA”
RESPIRANDO CHILE**

Ballet Folklórico Universidad Austral de Chile

Salón: Río Cruces

21:30

CENA DE CLAUSURA

Salón: Río Cruces

Coordinadores del día:
Drs. Miguel Aguayo y Carlos Ubilla

- 09:00 – 09:45 **CONFERENCIA PLENARIA**
Moderador: Dr. Miguel Aguayo
- DESAFÍOS CLÍNICOS EN EL ASMA DE DIFÍCIL CONTROL**
Dr. Luis Pérez de Llano
- Salón: Río Cruces
- 09:50 – 11:00 **TALLER ADULTO: INFECCIONES RESPIRATORIAS DE DIFÍCIL MANEJO**
Coordinadores: Drs. Hugo Valenzuela y Juan Grandjean
- TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIRRESISTENTE**
Dr. Carlos Peña
- NEUMONÍA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO**
Dr. Francisco Arancibia
- HANTAVIRUS, SITUACIÓN ACTUAL**
Dr. Raúl Riquelme
- MESA REDONDA**
Salón: Río Cruces
- 09:50 – 11:00 **HITOS EN PEDIATRÍA**
Coordinador: Dr. Carlos Ubilla
Participan: Drs. Carolina Gvirtzman y Guillermo Zepeda
Salón: Río Valdivia
- 11:00 – 11:30 **Café**
- 11:30 – 12:15 **REUNIÓN INFORMATIVA DE SOCIOS**
Dr. Mario Calvo
Salón: Río Cruces
- 12:15 – 12:30 **CLAUSURA**
Dr. Mario Calvo
Salón: Río Cruces

RESÚMENES DE COMUNICACIONES LIBRES

CL-1 a CL-77

CL-1

TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA. EXPERIENCIA EN 2 CENTROS.

Melo J., Parada MT., Sepúlveda C., Fernández P., Salinas M., Gajardo F., Donoso E. y Herzog C. Instituto Nacional del Tórax, Centro de Trasplante Clínica Las Condes.

Introducción: La falla respiratoria avanzada es la principal causa de muerte en pacientes con Fibrosis Quística (FQ). El trasplante pulmonar mejora la sobrevida y la calidad de vida en estos pacientes. **Objetivo:** Describir la experiencia de pacientes trasplantados con FQ en los 2 principales centros de trasplante en Chile. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de registros clínicos de trasplantados pulmonares con FQ desde julio de 1999 a julio de 2014. Se registraron las características demográficas, las complicaciones médicas y quirúrgicas precoces (< 6 meses) y tardías (> 6 meses). Además de las características microbiológicas y funcionales pre y post trasplante. **Resultados:** 15 pacientes se han trasplantado en dicho período. El 53% de género femenino. Edad promedio de 21,8 años (13-39) en el momento del trasplante con IMC promedio de 17,1 (16-19). El 93,3% bipulmonares. El 60% estaba colonizado por *Pseudomonas aeruginosa*. El VEF₁ promedio pretrasplante fue 939,2 ml (480-1.760), y de 2.573,6 ml (930-3.800), 2.217,5 ml (1.450-2.850), 2.125 ml (1.660-2.490) a 1,3 y 5 años posttrasplante respectivamente. Se presentaron 10 episodios de rechazo celular (4 en el 1^{er} año). De las complicaciones infecciosas se registraron 15 episodios los primeros 6 meses siendo el 53,3% de origen bacteriano (5 por *Pseudomonas*); 3 virosis respiratorias, 2 viremias por CMV y 2 bronquitis por *Aspergillus*. Después de los 6 meses 10 episodios infecciosos fueron registrados: 7 de origen viral siendo la Influenza A la más frecuente y 3 de origen bacteriano (2 infecciones por *Pseudomonas* 1 TBC). Mortalidad perioperatoria (< 30 días) fue de 26,6% (4 pacientes); 3 fallecieron por hemorragia y 1 por disfunción primaria de injerto. De estos, 2 estaban en VMI y 1 con VMNI continua al momento del trasplante. La sobrevida global (Kaplan-Meier) al 1^{er}, 3^{er} y 5^o año fue de 73,3%; 52,3% y 52,3% respectivamente. La sobrevida excluyendo las muertes en el primer mes fue al 1^{er}, 3^{er} y 5^o año de 100%; 71,4% y 71,4% respectivamente. **Conclusiones:** El trasplante pulmonar es la opción en pacientes con FQ con falla respiratoria avanzada. La mortalidad perioperatoria es alta en pacientes muy graves al momento del trasplante. Las infecciones bacterianas son frecuentes en los primeros 6 meses; posteriormente las infecciones virales son las predominantes.

CL-2

TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTE CON DAÑO PULMONAR AGUDO REFRACTARIO. Parada M., Lazo D., Villalabeitia E., Díaz R., Valdés S., Melo J., Clavero JM. y Blamey R. Centro de Pacientes Críticos y Centro de Trasplante, Clínica Las Condes.

Introducción: El soporte vital extracorpóreo (ECMO) ha sido utilizado como un puente al trasplante en pacientes crónicos en lista de espera que deterioran severamente. El trasplante pulmonar como una terapia para paciente adulto en insuficiencia respiratoria aguda severa con soporte extracorpóreo (ECMO) prolongado es anecdótico. **Caso clínico:** Mujer de 23 años, estudiante, que a fines de febrero de 2014 inicia cuadro de disnea progresiva ingresando en insuficiencia respiratoria e infiltrados pulmonares a UTI Posta Central, se

descarta compromiso infeccioso viral, bacteriano y micobacterias, se inicia estudio autoinmune que posteriormente fue negativo y recibe 3 bolos de 1 g de metilprednisolona. Por falla respiratoria catastrófica que no responde a medidas convencionales (incluido prono) se inicia ECMO y se traslada a CLC. No responde a terapia ni a ventilación ultraprotectora ni espontánea y presenta dependencia absoluta de ECMO, con distensibilidad pulmonar muy baja. Se obtiene antecedente de uso de Nitrofurantoina por infección urinaria. **Diagnóstico:** Se realizó Biopsia pulmonar que demostró daño alveolar agudo en organización sin patógenos, se mantiene en ECMO con una enfermedad monorgánica en espera de resolución. A los 70 días de soporte extracorpóreo con paciente vigil con imposibilidad de ventilación mecánica convencional, y progresión de daño a fibrosis pulmonar avanzada por clínica y TAC; se solicita evaluación con comité de ética y equipo de trasplante pulmonar para ver factibilidad de realizar procedimiento, el que finalmente fue aceptado por paciente y familia. Se preparó con rehabilitación motora, nutrición, protocolo de manejo infeccioso, soporte psiquiátrico, terapia ocupacional. Se autoriza urgencia nacional el 10 de junio y finalmente el 7 de julio de 2014 fue sometida a un trasplante monopulmonar izquierdo sin incidentes y 72 h posterior fue desconectada de soporte, completando 126 días de sostén extracorpóreo, permaneciendo en ventilación mecánica convencional. Posteriormente evoluciona en rehabilitación progresiva y retiro de ventilación mecánica y decanulación traqueal definitiva a los 26 días. En Registro Internacional de ECMO (ELSO) no existen pacientes vivos posterior a 120 días de uso de esta terapia en falla respiratoria aguda y que hayan logrado un trasplante posterior **Comentario:** Se presenta como caso ECMO de mayor duración de la literatura que logró un trasplante pulmonar exitoso.

CL-3

INFECCIONES OPORTUNISTAS PRECOSES Y TARDÍAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES. Parada MT., Sobarzo M., Burgos S., Melo J. y Herzog C. Centro de Trasplantes Clínica Las Condes.

Introducción: Los receptores de Trasplante de Órgano Sólido (TOS) tiene mayor riesgo de infecciones oportunistas (IO). Se describe que los trasplantados de pulmón son los que presentan la tasa de incidencia más alta de 1,4 por 1.000 trasplantes día. (American Journal of Transplantation 2007; 7: 964-971). **Objetivos:** Describir aparición de infecciones oportunistas posterior al trasplante, su efecto en el injerto y en la sobrevida de los pacientes. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de registros clínicos de pacientes trasplantados de pulmón entre 1999 y el 2014. Se analizaron las características demográficas, tipo de trasplante, factores de riesgo y período de infección oportunista: menor o mayor a 6 meses. **Resultados:** De un total de 76 trasplantados pulmonares, 16 de ellos desarrollaron 24 episodios de IO. Edad x 57 r 19-71 años, fibrosis pulmonar de base en un 44%, técnica monopulmonar 69%, antecedente de rechazo celular previo 25%, IgG CMV fue negativa en 50% de enfermedad a CMV. Hubo 4 episodios de TBC (2 en un paciente con silicosis). El efecto sobre injerto mostró desarrollo de Síndrome de Bronquiolitis Obliterante (SBO) posterior de 31%. En la tabla se describe tipo de infección. Cuatro pacientes fallecieron por IO (1 hemoptisis masiva, 1 neumonitis CMV y 2 SBO progresivo posterior a infección a CMV). En este grupo, la sobrevida (Kaplan Meier) a 5 años fue de 35%, y en el grupo sin IO fue de 55%. Tabla: Desarrollo de infecciones oportunistas en trasplantados pulmonares.

Infección oportunista	< 6 meses	> 6 meses	Muerte
<i>Aspergillus</i>			
- Invasiva	1	4	1
- Traqueobronquial		1	
Citomegalovirus			
- Viremia	4	1	
- Enfermedad	1	3	2
Tuberculosis		4	1
Otras	1	4	
Total	7	17	4

Conclusiones: Las infecciones oportunistas predominaron en etapa tardía. La sobrevida a 5 años fue menor en este grupo. La enfermedad por CMV produjo daño agudo y crónico al injerto.

CL-4

UTILIDAD DE LA BRONCOSCOPIA DE VIGILANCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Melo J., Sepúlveda C., Fernández C., Meneses M., Fernández-Bussy S., Jalilíe A., Guerra C., Donoso E. y Gajardo F. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La sobrevida del trasplante pulmonar está limitado por el desarrollo de bronquiolitis obliterante. Se han identificado factores de riesgo para esto, como son: el rechazo celular agudo (RCA) e infecciones (bacterianas y virales). El diagnóstico se realiza por broncoscopia (BC) con biopsias transbronquiales (BTB) y cultivos. **Objetivo:** Evaluar el rol de las BC de vigilancia en la detección de rechazo e infecciones en trasplantados pulmonares (TP) asintomáticos. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de registros clínicos, cultivos y BTB de pacientes TP entre julio de 2010 y julio de 2014. Se realizaron BC con biopsia y toma de cultivos en los meses 1, 3, 6 y 12. Se consideraron sólo pacientes con seguimiento de al menos 6 meses. Se registró el resultado de las BTB, microbiología y las complicaciones de cada procedimiento. **Resultados:** De un total de 56 trasplantados pulmonares en dicho período, 38 completaron 6 meses de seguimiento broncoscópico. Se realizaron 118 procedimientos en total, siendo los principales hallazgos histológicos los siguientes:

Tiempo meses	BTB normal	RCA (> A1)	COP	No diagnóstica	Total
1	16	5	1	6	28
3	18	6	3	5	32
6	23	2	1	3	29
12	22	3		4	29

Del total de procedimientos, sólo en un 15% la BTB no fue diagnóstica. Los cultivos de LBA positivos fueron 64%, 50%, 41% y 14% en los meses 1, 3, 6 y 12 respectivamente. Del total de RCA, sólo se trataron 7 eventos. Los gérmenes más frecuentes aislados fueron la *Klebsiella pneumoniae*, *Aspergillus fumigatus* y *Pseudomonas aeruginosa*. Complicaciones: 3 pacientes presentaron fiebre postprocedimiento, uno requirió hospitalización. No se describen neumotórax ni hemoptisis. **Conclusiones:** La broncoscopia de vigilancia permite diagnosticar rechazos celulares e infecciones asintomáticas, permitiendo una intervención precoz, con baja tasa de complicaciones y buen rendimiento.

CL-5

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI. Sepúlveda C., Fernández P., Jiménez P. y Peña P. Clínica Santa María.

Introducción: La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJ) es frecuente en pacientes inmunodeprimidos y se asocia con una alta mortalidad. Para establecer el diagnóstico se requiere clínica y radiología compatibles, junto con la detección del PJ, mediante examen directo del esputo o mediante la reac-

ción de polimerasa en cadena específica (PCR). La PCR para PJ es una técnica con alta sensibilidad y especificidad (Fan LC. PlosOne 2013). **Objetivo:** Caracterizar los pacientes con diagnóstico de neumonía por PJ en Clínica Santa María, entre enero de 2010 y julio de 2014. **Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron los registros clínicos de todos los pacientes con PCR positiva para PJ, en el período descrito. **Resultados:** Se estudió 75 pacientes, de edad promedio 48,7 + 13,8 años (26-82). Clínica y radiología compatible con infección por PJ. La patología de base fue VIH en 48%, pacientes oncológicos 33%, 10 (13%) por uso crónico de corticoides y 4 con otras patologías. Las muestras para PCR fueron positivas en lavado broncoalveolar: 88%, esputo: 9% y aspirado traqueal: 3%. La LDH al ingreso fue 425,7 + 266,2 UI/L (154-1.802). Dos tercios de los pacientes tuvieron insuficiencia respiratoria, ingresaron a UCI 18 y 10 de ellos requirieron ventilación mecánica invasiva. El tratamiento de primera línea fue cotrimoxazol y se asoció corticoides en 80% de los casos. Diez pacientes (13%) recibieron tratamiento para citomegalovirus como coinfección. Fallecieron 9 (12%) pacientes en esta serie, ocho por insuficiencia respiratoria refractaria y uno por un accidente vascular cerebral isquémico. **Conclusiones:** La detección de PJ mediante PCR permite el tratamiento oportuno de este patógeno en pacientes inmunosuprimidos. La presencia de insuficiencia respiratoria conlleva mal pronóstico. Además de los pacientes con VIH, es importante considerar a pacientes oncológicos y usuarios de corticoides como huéspedes potenciales de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.

CL-6

TRAQUEOBRONCOPATÍA OSTEOCONDROPLÁSTICA. Nayar S., Cox PP., Parra G., Bozzo R. y Palomino MA. Hospital Roberto del Río. Departamento de Pediatría Norte. Universidad de Chile.

Introducción o historia del caso: J.S.E.I, 14 años, hombre y sano hasta los 10 años, inicia tos persistente y sinusitis a repetición, con pobre respuesta a tratamientos habituales e intolerancia progresiva al ejercicio. Enflaquecido, con estertores, sibilancias inspiratorias y espiratorias, sinusitis costrosa con atrofia de mucosas y velamiento total de senos paranasales en tomografía computada (TC). Cultivos nasales y bronquiales con *Pseudomonas Aureginosa* (PA). Repetidos test de sudor normales (Cl 24, 24,8 mEq/Lt), inmunoglobulinas normales, espirometría con limitación obstructiva severa al flujo aéreo sin cambios post broncodilatador, curva flujo volumen con obstrucción de vía aérea central. TC de tórax bronquiectasias cilíndricas en LSD y LID. Fibrobroncoscopia con alteración de mucosa traqueal (traqueobroncopatía osteocondroplástica). Biopsia de cilios normal. Estudio genético heterocigoto para $\Delta F508$. Elastasa fecal normal, se descarta mala absorción. Ingres a programa de fibrosis quística (FQ), recibe antibióticos endovenoso, viscozyme, tobramicina inhalada por 6 meses y azitromicina, con desaparición de PA y mejoría de condición clínica, tolerancia al ejercicio, desnutrición, función pulmonar, curva flujo volumen y aspecto en fibrobroncoscopia. **Diagnóstico:** Traqueobroncopatía osteocondroplástica y posible enfermedad CFTR (canal de cloro regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística). **Comentarios:** Enfermedad rara y de etiología desconocida. Se caracteriza por nódulos osteocartilaginosos en submucosa traqueobronquial que respetan la pared membranosa posterior. Se asocia a la presencia de infección crónica por gram negativos, sinusitis y/o bronquitis obstructiva crónica, en situaciones de alteración del clearance mucociliar, pudiendo corresponder a una forma de FQ. No fue posible descartar mediante un estudio genético extendido si existe una segunda mutación conocida para FQ, o realizar potenciales nasales para una evaluación funcional del CFTR. El tratamiento acorde a protocolo de FQ fue favorable. Si presenta sólo un sistema comprometido, con una mutación conocida para FQ, podría clasificarse como enfermedad de CFTR con pronóstico variable.

CL-7**ABSCESO PULMONAR: SERIE DE CASOS CLÍNICOS.**

Robles O. y Mackenney J. Facultad de Medicina, Hospital Roberto del Río, Universidad de Chile.

Introducción: El Absceso pulmonar es una patología infrecuente, que se presenta generalmente como complicación o evolución no habitual de una infección pulmonar, y en ocasiones asociado a patologías predisponentes. **Material y Método:** Se describe una serie retrospectiva con revisión de fichas de 8 pacientes tratados por el equipo de respiratorio que estuvieron hospitalizados entre los años 2005-2014. **Resultados:** Del total de pacientes 4 eran varones y su edad promedio fue de 5 años 1 mes (18 meses-11 años 6 meses), el 50% era eutrófico, uno obeso y 3 desnutridos. Como antecedentes conocidos, sólo un caso presentaba un daño orgánico cerebral moderado asociado a una escoliosis. En 3 se presentaron inicialmente como una pleuroneumonía y el resto como una neumonía cavitada de evolución inusual. Siete de 8 pacientes presentaron fiebre antes de su ingreso en promedio 5 días (2-8 días), todos tenían marcado compromiso del estado general y tos, sin embargo, ninguno se presentó con aspecto séptico o con necesidad de ventilación mecánica, sólo 2 pacientes requirieron oxígeno en bajas dosis. El promedio de leucocitos al ingreso fue de 14.050 (7.600-22.000) y la PCR promedio fue de 170 (32-433). Se logró obtener cultivo positivo sólo en 2 pacientes. La radiografía de ingreso demostró en 3 pacientes una pleuroneumonía, en uno una cavidad abscedada y el resto una neumonía de evolución inusual. Se logró obtener diagnóstico definitivo en el 100% con Ecotomografía torácica y Tomografía Computada de tórax, observando en 3 pacientes malformaciones pulmonares (2 Malformación Adenomatosa Quística y un quiste pulmonar). El promedio de días de hospitalización fue de 27 (17-54) y recibieron antibióticos asociados entre 21-47 días (promedio 29 días), 4 pacientes fueron sometidos a una intervención quirúrgica: 2 drenajes pleurales simples, un drenaje pleural + drenaje del quiste y en un paciente una lobectomía. El 100% logró recuperación completa de su patología y tuvo seguimiento satisfactorio. **Conclusiones:** Se presenta serie de casos de absceso pulmonar que requieren un manejo multidisciplinario, hospitalización y tratamientos prolongados, y que en un número significativo se asocia a una patología predisponente.

CL-8

ESTADO NUTRITIVO Y COMPOSICIÓN CORPORAL DE NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN PULMONAR. Balboa P., Bravo P., Palomino MA., Parra M., Bozzo R. y Torrejón C. Hospital Roberto del Río, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Campus Norte, Universidad de Chile.

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad genética de mayor frecuencia en la edad pediátrica. Un estado nutricional adecuado se asocia a una buena función pulmonar aumentando la sobrevida. Existen pocos estudios que relacionen la composición corporal con la función pulmonar. **Objetivo:** Evaluar la correlación entre composición corporal (masa grasa y masa libre de grasa) y función pulmonar. **Material y Método:** Se determinó peso, talla, IMC, zIMC, z talla/edad y se midió función pulmonar por medio de espirometría en niños portadores de FQ del Hospital Roberto del Río. Se determinó composición corporal por absorciometría de doble energía radiológica (DEXA), masa grasa (MG), masa libre de grasa (MLG) e índice de MLG (MLG/talla²). Los resultados de composición corporal se compararon con una base de datos internacional. Se realizó el test de Shapiro para ver normalidad de variables y una correlación de Pearson para las diferentes variables continuas. **Resultados:** Se evaluaron 20 niños (5 mujeres) con una mediana de 8 años (5-18 años), 19 eutróficos y 1 desnutrido, 5 tienen IMC > p50. Tres niños (15%) presentan talla baja, 12 (60%) presentan insuficiencia pancreática, 3 (15%) VEF₁ bajo 80%. Cinco pacientes presen-

taron un IMLG < -2DS, 5 entre -1 y -2DS de la referencia. De los datos analizados se encontró correlación positiva entre IMLG y VEF₁ ($r = 0,6$, $p < 0,05$) y entre talla/edad y MLG. **Conclusiones:** Si bien la mayoría de los niños están eutróficos, el 75% de ellos tienen un IMC bajo la recomendación (IMC < al p50). De los componentes de la masa corporal, sólo el IMLG se correlacionó con la función pulmonar, lo que nos indica que además de tener un IMC óptimo, deberíamos lograr una composición corporal adecuada.

CL-9

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON Y SIN FIBROSIS QUÍSTICA: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL CFQ-R CHILD. Cruzat L., Parra G., Lezana V., Balboa P., Nieto D., Uribe P., Cofré F., Bozzo R., Valenzuela JL., González I. y Palomino MA. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río y Hospital Gustavo Fricke. Departamento de Pediatría. Universidad de Chile y Universidad de Valparaíso.

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad crónica genética cuyo complejo tratamiento involucra al paciente, sus familias y/o cuidadores en un contexto biopsicosocial. Desde que en Chile es patología GES, ha mejorado la sobrevida, pero no se ha cuantificado la calidad de vida. Nuestro objetivo fue medir la percepción de calidad de vida en niños con y sin fibrosis quística mediante encuesta validada en español para Latinoamérica y evaluar si ésta es comprensible en nuestro medio. **Material y Método:** Se aplicó encuesta de calidad de vida CFQ-R Child para niños de 6-12 años, que consta de 35 preguntas de alternativas, escala de 1-4, puntaje total 100%, a niños de 6 a 12 años y sus padres, portadores de FQ de 2 hospitales y controles sanos. Se compararon puntajes en distintos dominios de ambos grupos y se correlacionó la encuesta de pacientes con sus padres. Se registraron dificultades en su comprensión, revisando observaciones con profesores de lenguaje. Los datos se analizaron a través del programa estadístico STATA 11.1. **Resultados:** Se encuestaron 65 niños, 29 FQ y 36 controles, junto con sus padres, con mediana de edad de 11 y 8 años para FQ y controles respectivamente. La mediana del puntaje de calidad de vida global (0-100%) para FQ fue 50,4% (RIC 41,9-71,4%) 97,1% (RIC 93,3-100%) en controles, diferencia significativa ($p < 0,05$); para los padres de niños con FQ y controles fue de 65,9% (RIC: 56,4-79,1%) y 97,3% (RIC: 91,6-100%) respectivamente. La correlación de encuestas entre padres y pacientes FQ fue r Pearson = -0,18 NS ($p > 0,05$). Se observaron dificultades de lenguaje y de simbolismo en la comprensión en niños y sus cuidadores. **Conclusiones:** Este estudio cuantifica la percepción de una menor calidad de vida de niños con FQ y sus padres, comparado con controles, medida por CFQ R Child, instrumento validado en español para Latinoamérica que agrega información relevante para el manejo integral tanto a nivel individual como global. Se describen además observaciones de lenguaje de preguntas del cuestionario y se propone adaptación de la encuesta para una mejor comprensión de este instrumento en nuestro medio, que permitirá posteriormente realizar una validación cultural de ella en Chile.

CL-10

CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO 2012 A 2014. Cofré F., Benadof D., Parra MG., Bozzo R., Valenzuela JL., Nieto D. y Palomino MA. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Universidad de Chile.

Introducción: La vigilancia microbiológica regular con cultivos de expectoración obtenidos mediante esputo inducido

cada 2 meses, es recomendación universal para detectar patógenos de la vía aérea baja de pacientes con fibrosis quística (FQ). Las exacerbaciones se asocian a la adquisición de un nuevo microorganismo o a cambios en la densidad bacteriana de la flora colonizante, por lo que durante éstas, los cultivos previos y los asociados al episodio mismo, guían decisiones terapéuticas. La calidad de la muestra es muy importante, debiendo tener < 10 células epiteliales y > 25 polimorfonucleares x campo. **Material y Método:** Estudio descriptivo. Se analizaron muestras de secreción traqueal (ST) y lavado bronquioalveolar (LBA) de pacientes con FQ en período 2012-2014 en el Hospital Roberto del Río, consignándose datos de calidad y origen de la muestra, incluido cultivo microbiológico con recuento de colonias. **Resultados:** Se analizaron 307 muestras de 34 pacientes; 291 de ST, 13 de LBA. El año 2012 hubo 115 muestras, 104 de ST, 8 de LBA y 3 desconocido; ninguna muestra de calidad óptima, 64 muestras con 1 cepa y 22 con 2 cepas. El año 2013 de 108 muestras, 104 de ST y 4 de LBA; 24 muestras de buena calidad, 81 con 1 cepa, 25 con 2 cepas y 2 muestras con 3. El primer semestre de 2014, 32/84 (38%) con muestras de buena calidad, 62 muestras con 1, 21 con 2 y 1 con 3 cepas. Del total de cepas estudiadas 167 *S. aureus* (54%), 24 *P. aeruginosa* (7,8%) y 43 *S. maltophilia* (14%), 73 (23%) de flora comensal. El resto de cepas identificadas corresponden a bacilos gram negativos comensales y candidas. El 84,4% de *S. aureus* sensibles a oxacilina, 54% *P. aeruginosa* multisensibles y 41,8% de *S. maltophilia* sensibles a cotrimoxazol. **Conclusiones:** Esta caracterización microbiológica permite conocer la realidad local, en que destaca predominio de *S. aureus* sensible, siendo el resto de los patógenos característicos de fibrosis quística de baja prevalencia. Esto podría explicarse por la poca edad de la población, pero también por la dificultad de obtención y procesamiento de las muestras evidenciado por un bajo rendimiento de los cultivos. Es indispensable la optimización de los protocolos de toma y procesamiento de muestras, con el fin de facilitar la interpretación clínica. Un estudio en el tiempo permitiría conocer la edad de colonización por cada microorganismo en nuestro país.

CL-11

PRIMER REPORTE DE RESISTENCIA PRIMARIA AL TRATAMIENTO TUBERCULOSO EN LA REGIÓN DE LOS RÍOS. Saldías J., Silva R., Agüero D., Mondaca R. y Herrera T*. Hospital Base Valdivia, Instituto Medicina Universidad Austral de Chile. *Directora del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis, Ministerio de Salud.

Historia del caso: Profesora básica de 29 años procedente de Santiago, con antecedentes de contacto con abandonados sociales durante 3 años mientras cursaba secundaria. Posteriormente docente de escuela de niños inmigrantes de países al norte de Chile por cinco años. Llega a trabajar a una escuela rural en la comuna de Futrono a comienzos de 2013 presentando síntomas respiratorios. Cinco meses más tarde se confirma una tuberculosis pulmonar activa avanzada iniciando tratamiento primario controlado y supervisado. La mantención de los síntomas clínicos, falta de regresión radiológica y baciloscopias positivas hasta el cuarto mes hace plantear una resistencia primaria. La multidrogo-resistencia (MDR) es confirmada para rifampicina, isoniacida y pirazinamida en plazo relativamente breve. **Introducción:** La MDR en Chile en pacientes vírgenes a tratamiento (VT) es de 3 a 8 casos anuales en el período 2005-2012 según informe de la OMS. El contagio ocurre por contacto con pacientes portadores de resistencia secundaria. Durante los últimos treinta años no se ha reportado casos de resistencia primaria en la región de Los Ríos. **Diagnóstico:** Fracaso al tratamiento primario de tuberculosis pulmonar por resistencia primaria. **Exámenes:** Imágenes radiológicas pulmonares con múltiples cavernas sin cambios, baciloscopias persistentemente positivas hasta el

cuarto mes. El cultivo del cuarto mes positivo más de 50 colonias para *Mycobacterium tuberculosis*. Estudio de sensibilidad a drogas a concentraciones crecientes informa resistencia a rifampicina, isoniacida y pirazinamida por la técnica MGIT-Bactec del Instituto de Salud Pública. **Discusión y Comentario:** Es destacable en este caso la gran demora del diagnóstico inicial por falta de pesquisa. Confirmada la sospecha clínica de fracaso, es relativamente breve el plazo del diagnóstico de MDR. La actualización de las Normas de la Tuberculosis de 2014 permite detectar precozmente la resistencia a drogas por el requerimiento de someter todo cultivo positivo desde el primer mes de tratamiento a pruebas de sensibilidad. Durante los últimos años Chile está sometido a fuertes corrientes migratorias de países de alta prevalencia de tuberculosis y MDR; sin embargo, la pesquisa oportuna de los sintomáticos respiratorios y el tratamiento DOTS sigue siendo clave para evitar un incremento de la MDR.

CL-12

PERFIL DE CITOQUINAS TH1, TH2 Y TH17 DIFIERE SIGNIFICATIVAMENTE ENTRE CONTACTOS INTRADOMICILIARIOS CON INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE, CONTACTOS NO INFECTADOS Y ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA. Balcells ME., Tiznado C., García P., Peña C., Acuña E., Carvajal C., Zegna-Ratá F., Meza P. y Naves R. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital San Borja Arriarán y Universidad de Chile.

Introducción: Los ensayos de liberación de IFN- γ han sido aprobados para el diagnóstico de tuberculosis (TB) latente. No obstante, su valor predictivo de riesgo de desarrollar TB activa ha sido recientemente cuestionado. El objetivo de este estudio es identificar nuevos biomarcadores que permitan distinguir mejor la presencia de infección tuberculosa en contactos. **Material y Método:** Estudio exploratorio realizado a partir de una cohorte prospectiva de pacientes con TB pulmonar activa (n = 36) y sus contactos intradomiciliarios (> 14 años) determinados como positivos (latentes; n = 22) o negativos (n = 27) según radiografía de tórax y test de Quantiferon TB-Gold® a las 8-12 semanas post-exposición. Células mononucleares de sangre periférica fueron cultivadas en presencia o ausencia de estimulación antigénica específica con pool de péptidos ESAT6/CFP10 de *M. tuberculosis*. La expresión de citoquinas Th1, Th2 y Th17 (IFN- γ , IL-2, IL-6, IL-10, IL-13, IL-17A, IL-12 (p70), TNF- α) y de quimioquinas (IP10, GM-CSF) se determinó en el sobrenadante de cultivos celulares estimulados por 72 h mediante un inmunoensayo Multiplex. Además, se analizó la cinética de expresión de dichas moléculas a las 24, 48, 72 y 120 h. Diferencias entre los grupos se analizaron mediante el test no paramétrico U de Mann-Whitney. **Resultados:** En respuesta a la estimulación antigénica específica por 72 h, las células de los sujetos con TB latente expresaron una significativa mayor concentración de las citoquinas IFN- γ , IL-2, IL-13, IL-17, IP-10 y GM-CSF en comparación a los individuos con TB activa y contactos negativos. Notablemente, la expresión de TNF- α e IL-12 discriminó significativa y selectivamente entre los sujetos con TB latente y contactos negativos. El análisis de cinética de expresión mostró que en respuesta a la estimulación específica, las células de los individuos con TB latente (n = 8) presentaron una significativa mayor, más temprana y más rápida expresión de todas las citoquinas analizadas comparado con los grupos TB activa (n = 8) y contactos negativos (n = 7). **Conclusiones:** Además de IFN- γ , sujetos con TB latente presentaron, en respuesta a estimulación antigénica específica, un distintivo patrón de expresión de citoquinas Th1, Th2 y Th17 que los distingue de contactos sin evidencia de infección tuberculosa. Estos hallazgos podrían contribuir al desarrollo de un mejor biomarcador predictor de riesgo a TB activa pero ameritan posterior evaluación y confirmación. Financiamiento Fondecyt Regular #1130600.

CL-13

CALIDAD DE LA MUESTRA DE EXPECTORACIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR. Zúñiga J., Peña C., Pino C., Arancibia F. y Caamaño R. Hospital San Borja Arriarán; Programa de Tuberculosis Servicio de Salud Metropolitano Central; Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax; Medicina Interna Universidad de Valparaíso.

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una endemia persistente en nuestro país. Para interrumpir la transmisión de la enfermedad es necesario diagnosticar en forma precoz a los casos contagiosos de TBC (casos pulmonares bacilíferos) y tratarlos oportunamente. La búsqueda de estos casos se realiza a través de la baciloscopia de expectoración (BK), sin embargo, la calidad de la muestra influye en el rendimiento diagnóstico, de tal manera que las muestras de saliva son de menor rendimiento que las muestras mucopurulentas. **Material y Método:** Conocer el rendimiento diagnóstico de la BK de expectoración de acuerdo a la calidad de la muestra recibida en el laboratorio. **Resultados:** Las muestras de baciloscopias de expectoración para diagnóstico de TBC pulmonar recibidas en el laboratorio del Hospital Clínico San Borja Arriarán entre el 1° de julio de 2013 y 30 de junio de 2014 fueron clasificadas en las siguientes categorías: saliva (S), saliva escasa (SE), saliva sangre (SS), mucosa (M), mucosa escasa (ME), mucosa sangre (MS), mucosa purulenta (MP), mucosa purulenta escasa (MPE), mucosa purulenta sangre (MPS). Se determinó el rendimiento diagnóstico de las BK de acuerdo a la clasificación de la calidad de las muestras. De 13.484 muestras de BK de expectoración, el 35,4% correspondió a muestras M y un 9,15% a MP. Las muestras inadecuadas (S, SE y SS) corresponden al 49,4%. La positividad global de la BK de expectoración fue de 1,4% y esta fluctuó entre 0,9% para muestras inadecuadas y 2,8% para muestras MP. **Conclusiones:** El 49,4% de las muestras para BK de expectoración fueron inadecuadas. El mejor rendimiento diagnóstico se obtuvo en muestras categorizada como: MP y MS. Se requiere mejorar la calidad de la muestra para aumentar el rendimiento de esta técnica diagnóstica.

CL-14

PÉRDIDA DIAGNÓSTICA DE TUBERCULOSIS PULMONAR BACILÍFERA POR NO PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE EXPECTORACIÓN. Pezantes M., Zúñiga J., Peña C., Pino C., Arancibia F. y Caamaño R. Servicio de Medicina Hospital Dipreca. Programa de Tuberculosis Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax, Programa de Tuberculosis, Servicio de Salud Metropolitano Central.

Introducción: La detección de casos de tuberculosis (TBC), mediante baciloscopia (BK) de expectoración en adultos sintomáticos respiratorios, permite detectar los casos de mayor importancia epidemiológica, por ser éstos los transmisores sociales de la enfermedad. Se deben realizar los mayores esfuerzos para asegurar la calidad de la muestra de expectoración. Sin embargo, existen condiciones en las cuales los laboratorios no procesan estas muestras. La magnitud de las muestras no procesadas, es reflejo de la mala gestión en el lugar de recolección de la muestra y representa un factor de pérdida de casos diagnosticados. **Objetivos:** Conocer la proporción de muestras de BK de expectoración no procesadas y la causa. Estimar la pérdida eventual de casos de TBC pulmonar bacilífera no diagnosticados. **Material y Método:** Se cuantifican las muestras de baciloscopias no procesadas, recibidas en el laboratorio del hospital clínico San Borja Arriarán, entre el 1° de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014. Se clasifican según procedencia y causa por la cual no fueron procesadas. Se determina la pérdida potencial de casos de TBC bacilífera no diagnosticados de acuerdo a la positividad de las baciloscopias. **Resultados:** De un total de 13.484 muestras de expectoración para BK diagnósticas recibidas, 762 (5,6%) correspondieron a muestras no procesadas. Las

causas más frecuentes fueron: 1) La falta de muestra en el contenedor (83%), y 2) Orden sin muestra (12,8%). De acuerdo a los rangos de positividad de la BK (0,3-1,3%) se estima que se dejaron de diagnosticar entre 10 a 25 casos de TBC pulmonar bacilífera en ese período. Se identificaron 4 consultorios con más de 10% de pérdida de procesamiento de muestras. **Conclusiones:** La pérdida de procesamiento de muestras de BK de expectoración es un problema de frecuencia variable en nuestro servicio y refleja un déficit en la gestión local de la pesquisa de TBC y permite efectuar estrategias correctoras.

CL-15

RENDIMIENTO DEL GENEXPERT MTB/RIF PARA DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Vallejo P., Searle A., Deza C., Medina C., Arancibia F. y Rodríguez J.C. Servicio de Medicina Respiratoria y Laboratorio de Tuberculosis, Instituto Nacional del Tórax.

El diagnóstico precoz de la tuberculosis activa y la detección de cepas resistentes son aspectos esenciales para el manejo de esta enfermedad, constituyendo a la vez una efectiva intervención en salud pública. Recientemente, el INT ha incorporado GeneXpert (GX) una nueva técnica para el diagnóstico de tuberculosis. Consiste en un ensayo de reacción en cadena de polimerasa en tiempo real que permite la detección simultánea de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) y resistencia a la rifampicina (RIF) en dos horas. El Objetivo del estudio es evaluar el desempeño de GX para la detección MTB en muestras respiratorias (R) y no respiratorias (NR). **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de todas las muestras R y NR ingresadas al laboratorio de tuberculosis del INT en el período de abril de 2013 a marzo de 2014. A todas las muestras se les realizó: GX, baciloscopia (Bk) y cultivo de Koch (Lowenstein-Jensen). Los datos fueron analizados considerando como gold estándar el cultivo de Koch. Se calculó sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), likelihood ratio (LR) (+) y (-) para GX y baciloscopias en muestras R y NR. **Resultados:** Se analizaron 329 muestras clínicas. Del total, 228 muestras fueron R (expectoración (80), LBA (114), LB (34)) y 101 muestras NR (líquido pleural (38), LCR (33), orina (11) y otros orígenes (19)). El cultivo fue positivo para MTB en 19 casos, en 17 (89%) de los cuales el GX fue positivo y en 7 (36%) la baciloscopia (BK) fue positiva. En la tabla se describen la S, E, VPP, VPN, LR (+) y (-), para GX y Bk en muestras R y NR. En cuatro pacientes se detectó resistencia a la RIF, lo cual pudo ser confirmado en 1 caso y en otro descartado; otros dos casos no fueron confirmados.

Prueba	Muestra	S	E	VPP	VPN	LR+	LR-
GX	Respiratoria	92%	97%	68,7%	99,4%	33,9	0,09
	No respiratoria	85%	95%	60%	98,7%	17,1	0,15
BK	Respiratoria	41%	99%	83%	96%	83,3	0,59
	No respiratoria	28%	98%	66,6%	94,8%	26,6	0,72

Conclusiones: El uso de GX es altamente sensible y específico para detección de tuberculosis pulmonar y menor en muestras extrapulmonares, con un alto VPN para ambos grupos. El GX mostró una mejor S, VPN y LR (-) comparado con la BK en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. El falso positivo para resistencia a RIF fue confirmado en el ISP utilizando otra técnica de PCR.

CL-16

EFFECTOS DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA DE SANTIAGO EN 2013 EN ANIMALES CENTINELA. Reyes T., Moraga D., Morales J., Dussaubat N., Miller ME. y Oyarzún M. Programa de Fisiopatología. Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La contaminación atmosférica se define como la presencia de elementos que alteran su composición y

afectan a cualquier componente del ecosistema. Los animales centinela permiten complementar las mediciones directas de contaminantes al observar efectos en sus sistemas biológicos. En Santiago, la contaminación atmosférica se ha mantenido elevada a pesar de las diversas medidas de descontaminación que se han implementado. En ratas centinelas expuestas intermitentemente a la contaminación atmosférica urbana de Santiago, durante el período otoño-invierno de 2007 y 2009, se observó disminución del peso corporal y evidencias de inflamación pulmonar y sistémica. El objetivo del presente trabajo fue determinar si hay variaciones durante el período otoño-invierno de 2013 en los efectos de la exposición a la contaminación de Avenida Salvador en ratas centinelas. **Materiales y Métodos:** Ratas macho Sprague-Dawley fueron expuestas al aire del complejo hospitalario de Av. Salvador, entre las 9:00 y 17:00 h, 5 días a la semana durante 134 días. El grupo control permaneció en el bioterio respirando aire filtrado (para PM₁₀), a igual temperatura y humedad. Se evaluó peso corporal, peso húmedo/peso seco pulmonar (PH/PS) y hematocrito, y en el lavado broncoalveolar (LBA) se determinó concentración de proteínas, recuento celular, γ -glutamyltranspeptidasa (GGT) y glutatión reducido (GSH) y oxidado (GSSG). Las concentraciones de los contaminantes, se estimaron con mediciones de la red de monitoreo de Santiago. **Resultados:** PM_{2.5} y PM₁₀ superaron frecuentemente la norma diaria, no así NO₂, O₃ y CO. La serie expuesta no presentó disminución del peso corporal, cambios en el hematocrito, en la histología pulmonar, en la concentración de proteínas totales ni en la actividad de GGT respecto a la serie control ($p = n.s$; t-test). La relación PH/PS tendió a aumentar en la serie expuesta ($p = 0,08$). En el LBA de la serie expuesta hubo aumento de células totales ($19 \pm 0,8$ vs $22 \pm 1,6$ células $\times 10^4/100$ g de peso; $p = 0,04$), y disminución del índice tiólico -GSH/GSSG- ($2,28 \pm 0,57$ vs $1,11 \pm 0,36$; $p = 0,012$). **Conclusiones:** Ratas centinela expuestas a la contaminación aérea de otoño-invierno del año 2013 desarrollaron inflamación de las vías aéreas, asociada a evidencias de estrés oxidativo, sin provocar el efecto sistémico observado en años previos en la misma especie. Esto podría tener relación con la ausencia de días de preemergencia y el 15,4% de disminución detectado en el PM_{2.5} promedio en el período del estudio, con respecto a igual período de 2009.

CL-17

PREVALENCIA DE HALLAZGOS EN TOMOGRAFÍAS COMPUTADAS DE TÓRAX COMPATIBLES CON ENFERMEDAD PULMONAR RELACIONADA CON EXPOSICIÓN AL ASBESTO EN UNA POBLACIÓN DE RIESGO. Ahumada S., Arancibia R., Madariaga S. y Santamarina M. Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El Asbesto es un mineral que naturalmente se dispone en forma de fibras. La palabra Asbestos es usada como un término que define a un grupo de fibras de silicatos, que se dividen en dos grandes familias: serpentinas y anfíboles. Este material se utilizó ampliamente desde el siglo XIX, por ser económico y tener las características técnicas de ser incombustible, neutral químicamente, resistente a la tracción, al desgaste y a la degradación microbiológica. A pesar de su prohibición desde hace 13 años, aún quedan trabajadores expuestos a este riesgo. Entre éstos se encuentra el personal de las Fuerzas Armadas, debido al uso de este material en sus instalaciones. Se sabe que la enfermedad pulmonar relacionada con exposición a Asbesto (EPRCEA), puede desarrollarse con un período de latencia de 15-20 años una vez cesada la exposición, produciendo derrame pleural benigno, placas pleurales, fibrosis y cáncer pulmonar y pleural. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de hallazgos en la Tomografía Computada (TC) de tórax, compatibles con EPRCEA en una población expuesta al riesgo, constituida por personal de la Armada de Chile. **Material y Método:** Se analizaron, junto a un radiólogo experto, 500 TC de Tórax (84,7% del total de las imágenes) de pacientes hombres personal de la Armada de

Chile, entre 50-80 años, realizadas con cualquier técnica, durante el año 2013, en el Servicio de Imagenología del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, independiente del motivo de solicitud de dicho estudio. Se consideró como hallazgo positivo compatible con EPRCEA: placas pleurales con compromiso diafragmático, engrosamiento pleural difuso, atelectasias redondas, fibrosis (asbestosis) y mesotelioma pleural. **Resultados:** De las 500 TC de tórax analizadas, se encontraron hallazgos positivos compatibles con la EPRCEA, un total de 54 imágenes, es decir, una prevalencia de un 10,8%. Estos hallazgos fueron: placas pleurales con compromiso diafragmático, en el 74%, fibrosis (Asbestosis) en el 6%, patología maligna como mesotelioma 5% y un caso de cáncer pulmonar. **Conclusiones:** En este estudio se demuestra la presencia de imágenes compatibles con enfermedad relacionada con exposición a Asbesto en un grupo de trabajadores de las Fuerzas Armadas, expuestos al riesgo, encontrando una prevalencia de 10,8%, en TC de tórax, solicitados por cualquier motivo de estudio. Estos resultados son similares a los reportados en la literatura internacional.

CL-18

FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO DE LA SATURACIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO (SatO₂) DURANTE EL SUEÑO EN TRABAJADORES MINEROS EXPUESTOS A GRAN ALTURA. Vargas M. y Carrillo J. (MISO) Ltda. Iquique, Chile.

Introducción: A mayor altitud existe una menor presión barométrica y una menor SatO₂ empeorando la SatO₂ y los trastornos respiratorios durante el sueño. El objetivo de este estudio es analizar la asociación de diversas variables biológicas con el deterioro de la SatO₂ durante el sueño en trabajadores de una faena a gran altitud. **Material y Método:** Realizamos un estudio transversal en un grupo de trabajadores en sistema de turnos 4 x 4, entre junio de 2004 y noviembre de 2007, pertenecientes a la Compañía Minera Escondida BHP Billiton (3.100 msnm, Presión Barométrica de 510 mmHg). A los sujetos se les realizaron mediciones antropométricas y oximetría de pulso continua (Nonin 8500M), durante el sueño diurno (SD) o nocturno (SN), al segundo o tercer día del inicio del turno. Comparamos los grupos SD y SN mediante una prueba T, y mediante un modelo de regresión lineal analizamos la asociación entre la SatO₂ con las variables Edad, IMC, Antigüedad, Hematocrito y el Índice de Eventos Respiratorios (IER) (caída de SatO₂ $\geq 4\%$ durante ≥ 10 seg). **Resultados:** El grupo total estudiado fue de 611 trabajadores hombres, con edad promedio de 42,16 ($\pm 8,42$) años, IMC de 28,08 ($\pm 3,34$) kg/m², antigüedad de 10,41 ($\pm 5,34$) años, hematocrito de 48,29 ($\pm 3,10$) %, y SatO₂ promedio de 89,69 ($\pm 2,47$) %, e IER de 16,43 ($\pm 15,12$) eventos/h. A 249 trabajadores se les realizó la oximetría durante el SD (SatO₂ = 90,04%; $\pm 2,44$), y a 304 trabajadores durante el SN (SatO₂ = 89,27%; $\pm 2,51$), ($p < 0,001$). El resto de las variables no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas. El modelo de regresión lineal para el grupo completo explica un 24,8% de la variación en la SatO₂, con un R = 0,504, Edad B = -0,049, ($p < 0,001$); Antigüedad B = 0,005, ($p = 0,818$); IMC B = -0,16, ($p < 0,01$); Hematocrito B = -0,078, ($p = 0,006$); IER B = -0,05, ($p < 0,01$). Para el grupo SD explica un 20,6% de la variación en la SatO₂, con un R = 0,472, Edad B = -0,029, ($p = 0,152$); IMC B = -0,127, ($p = 0,010$); Antigüedad B = 0,02, ($p = 0,546$); Hematocrito B = -0,115, ($p = 0,012$); IER B = -0,057, ($p < 0,001$). Para el grupo SN explica un 27,6% de la variación, con un R = 0,537, Edad B = -0,064, ($p = 0,001$); IMC B = -0,19, ($p = 0,000$); Antigüedad B = 0,004, ($p = 0,891$); Hematocrito B = -0,063, ($p = 0,129$); IER B = -0,038, ($p = 0,000$). **Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que la mayor Edad, IMC, Hematocrito e IER se asocian con un mayor deterioro de la SatO₂ durante el sueño. El hematocrito se asocia al deterioro de la SatO₂ en el sueño diurno, pero no así en el sueño nocturno. La edad se asocia con deterioro de la SatO₂ en el sueño nocturno, pero no en el sueño diurno. La antigüedad laboral no mitiga el deterioro de la SatO₂ en ambos casos.

CL-19

REPARACIÓN DEL DAÑO PULMONAR AGUDO INDUCIDO POR CONTENIDO GÁSTRICO: NEUMONÍA EN ORGANIZACIÓN. Ayala P., Araos J., Meneses M. y Borzone G. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile e Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La aspiración de contenido digestivo al pulmón es una condición frecuente en clínica. Se desconoce el proceso de reparación del daño pulmonar agudo inducido por la aspiración de contenido digestivo. Previamente mostramos las características histológicas del daño pulmonar agudo inducido por la instilación orotraqueal (OT) de jugo gástrico en la rata. Nuestro objetivo ahora fue estudiar el proceso de reparación de dicho daño. **Material y Método:** Ratas (300 g) anestesiadas (ketamina-xilazina) recibieron 1,5 mL/kg vía OT de jugo gástrico de un pool obtenido previamente. A los 4 (n = 10), 7 (n = 10) y 60 (n = 2) días después de la instilación, los animales fueron re-anestesiados para la obtención en bloque de los pulmones. El lóbulo Inferior derecho fijado en formaldehído al 10% a 20 cm H₂O se usó para estudios histológicos con Hematoxilina-Eosina, tinción de tricromo de Masson para identificación de colágeno e inmunohistoquímica para identificación de alfa-actina de músculo liso en miofibroblastos. Se otorgó puntaje de 0 a 4 para diversos elementos propios del proceso reparativo. Animales sin intervención sirvieron de control. Análisis estadístico: Kruskal-Wallis. **Resultados:**

	Control	4 días	7 días	60 días
Cuerpos de Masson (0-4)	0	3,6*	4*	0
Granulomas (0-4)	0	2,5*	2,1*	0
Células gigantes (0-4)	0	1,9*	2,8*	1
Colágeno (0-4)	0	2,2*	2,2*	0

*p < 0,05

A los 4 y 7 días se observó un predominio de células mononucleares en asociación con tejido de granulación intra-alveolar, compuestos de miofibroblastos y colágeno (cuerpos de Masson), compatible con el diagnóstico histológico de neumonía en organización. Lo anterior se asoció con la presencia de células gigantes aisladas y formando granulomas de cuerpo extraño. Estos hallazgos no estuvieron presentes a los 60 días. **Conclusiones:** La reparación del daño pulmonar agudo producido por una dosis única de jugo gástrico involucra una fase de neumonía en organización con miofibroblastos y aumento del contenido de colágeno. Este fenómeno de reparación inespecífico es reversible, con restitución de la arquitectura pulmonar. El hallazgo de este patrón histológico en el ser humano debe considerar la posibilidad de aspiración de contenido digestivo en el diagnóstico diferencial. Financiamiento FONDECYT 1120943.

CL-20

ACTIVIDAD DIFERENCIAL DE METALOPROTEASAS DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL DAÑO PULMONAR INDUCIDO POR JUGO GÁSTRICO EN LA RATA. Ayala P., Araos J., Montalva R., Meneses M. y Borzone G. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile e Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La actividad colagenolítica de las metaloproteasas (MMPs) 2 y 9 está involucrada en la patogenia de diversas enfermedades fibrosantes del pulmón y su aumento se ha asociado con un curso más desfavorable de la fibrosis. En un trabajo previo mostramos que el daño inducido por la instilación orotraqueal (OT) de jugo gástrico en ratas evolucionan desde un daño alveolar difuso hasta una neumonía en organización. Se desconoce si existe asociación de estos patrones histológicos con la actividad de las MMPs 2 y 9 en este modelo. **Objetivo:** Estudiar la actividad de las MMPs 2 y 9 durante el desarrollo del daño inducido por jugo gástrico en

la rata y relacionarla con cambios bioquímicos. **Material y Método:** Ratas Sprague-Dawley anestesiadas (ketamina-xilazina) recibieron 1,5 mL/kg OT de jugo gástrico de un pool obtenido previamente. Los tiempos de estudio fueron: 4, 12 y 24 h y 4 y 7 días (d) (n = 10 por grupo). Animales sin instilar se usaron como controles. Los animales fueron re-anestesiados para la obtención en bloque de los pulmones. El lóbulo medio derecho fue homogeneizado para el estudio de las MMPs por zimografía. El lavado bronco-alveolar (LBA) del pulmón izquierdo se usó para el estudio de marcadores de daño pulmonar agudo: concentración de hemoglobina y proteínas totales y recuento diferencial de células. Análisis estadístico: Kruskal-Wallis. **Resultados:**

	4 h	12 h	24 h	4 d	7 d
Actividad MMP-9 (veces valor control)	4**	2	1,4	1,2	1
Proteínas totales (veces valor control)	72***	54***	47***	4,3	1
Hemoglobina (veces valor control)	25	45	43	1	1
Polimorfonucleares (%)	91*	83**	76*	1	4,4
Actividad MMP-2 (veces valor control)	1,4	1,3	1,1	4,2**	2,7

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

La actividad de MMP-9 en tejido pulmonar experimenta un aumento precoz y transitorio, que coincide con el aumento en los niveles de marcadores de daño pulmonar agudo del LBA, mientras que en el período de reparación del daño (4 y 7 d) ésta se normaliza. La actividad de MMP-2 no es distinta del control durante la fase de daño pulmonar agudo (4-24 h) y aumenta en el período de reparación. **Conclusiones:** Las MMPs 2 y 9 presentan un perfil de activación diferencial que se asocia a distintas etapas de evolución del daño por jugo gástrico en la rata. La actividad de estas MMPs puede servir como un indicador de la evolución del daño pulmonar en este modelo. Financiamiento FONDECYT 1120943

CL-21

LINFOMAS PULMONARES PRIMARIOS. Spencer ML., Ayres G., Cabezas C., Azócar C., González R., Díaz AM. y Fernández C. Servicios de Anatomía Patológica, Broncopulmonar, Cirugía Cardiotorácica e Imagenología del Hospital Clínico Regional de Concepción y Facultad de Medicina, Universidad de Concepción e Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: El linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin son neoplasias malignas del tejido linfoide. Si bien el pulmón es un sitio frecuente de metástasis del linfoma Hodgkin y no Hodgkin, el linfoma primario pulmonar es extremadamente raro y representa el 0,3% de todas las neoplasias pulmonares y constituye menos del 1% de todos los casos de linfoma no Hodgkin. Entre los criterios diagnósticos para realizar el diagnóstico de linfoma primario pulmonar el paciente no debe tener compromiso extrapulmonar por linfoma, al momento del diagnóstico o en los 3 meses siguientes. El linfoma extranodal de la zona marginal (linfoma MALT) es el tipo más frecuente. Constituyendo un 70% de todos los casos de linfoma pulmonar primario. Lo sigue en frecuencia el linfoma difuso B de células grandes. Otros tipos de linfomas son excepcionales. El propósito de este estudio es el reporte de 3 casos de linfoma pulmonar primario, diagnosticados en el Hospital Regional de Concepción entre 1995 y el 2014. **Material y Método:** Se revisaron las biopsias del Hospital Regional de Concepción desde 1995 al 2014, correlacionando con ficha clínica y estudios imagenológicos. **Resultados:** Se encontraron tres casos, dos mujeres y un hombre de 44, 49 y 65 años, sin lesiones extrapulmonares, que consultaron por dificultad respiratoria. El estudio imagenológico fue sugerente de carcinoma pulmonar. Los diagnósticos histológicos fueron linfoma de Hodgkin, linfoma difuso de células grandes de tipo B y linfoma difuso B de tipo marginal respectivamente. **Conclusiones:** Los linfomas pulmonares primarios, son extremadamente infrecuentes y pueden ser un hallazgo clínico o presentar síntomas inespecíficos. La imagenología muestra diferentes patrones, siendo la más frecuente una masa de márgenes mal definidos

con broncograma aéreo. La fibrobroncoscopia muestra infiltración neoplásica hasta el 50% de los casos. El diagnóstico definitivo se realiza con el estudio histopatológico. El tratamiento es la quimioterapia.

CL-22

CARACTERIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CÁNCER PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Santana G., Pino C., Ibarra C., Orlandi F., Chernilo S., Cheyre JE., Fernández C., Cacciuttolo G. y Arancibia F. Servicio de Medicina Respiratoria y Anatomía Patológica del Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La segunda causa de cáncer en Chile es la de origen pulmonar, incidencia estimada en base a registros poblacionales dado que no existe un registro nacional de Cáncer en nuestro país. La tasa de mortalidad en el año 2010 fue de 15,6/100.000 habitantes. El Instituto Nacional del Tórax es un centro de derivación nacional y cuenta con un comité oncológico multidisciplinario donde se discute el tratamiento de estos pacientes. El objetivo de este estudio fue realizar una caracterización de los pacientes con cáncer pulmonar que fueron presentados en este comité. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de los registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar primario que fueron presentados en el comité oncológico de nuestra institución, durante el período marzo de 2013 y junio de 2014. Se analizaron características demográficas, Performance Status al diagnóstico, tipo histológico, procedimiento mediante el cual se obtuvo el diagnóstico histológico, etapa según TNM clínico o patológico y tratamiento indicado según resolución del comité. **Resultados:** Se incluyeron 285 pacientes con cáncer pulmonar primario. La mediana de edad fue 67 (rango de 19-86) años, 59,9% (n = 172) fueron hombres. La mediana del Performance Status fue de 1. La histología más frecuente fue el adenocarcinoma con un 46% (n = 132) seguido por el carcinoma escamoso con un 22% (n = 63) y el carcinoma de células pequeñas 10% (n = 28). La histología se obtuvo en un 71% (n = 194) de los casos mediante procedimientos médicos y en un 28% (n = 77) mediante procedimientos quirúrgicos. El procedimiento diagnóstico más utilizado fue la biopsia transbronquial (42,5%, n = 117). El 63% (n = 181) de los pacientes fue diagnosticado en estadios avanzados (IIIB + IV). 6,6% (n = 19) correspondieron a recidivas. Un 13,7% de los casos presentados (n = 39) habían sido sometidos a cirugía oncológica. Con respecto a la resolución del comité, la indicación más frecuente fue la terapia paliativa (RT y/o QMT) con un 37,5% (n = 107), seguida de la terapia con intención curativa (Cirugía, RT y/o QMT) 36,5% (n = 104). En un 23% (n = 66) de los casos se indicó únicamente el ingreso al programa de cuidados paliativos. **Conclusiones:** La histología más frecuente fue el adenocarcinoma y la mayoría de los casos se diagnosticó en estadios avanzados, coincidente con lo descrito en la literatura médica. En los pacientes que no son candidatos a cirugía, la RT + QMT con intención curativa fue el tratamiento de elección.

CL-23

ADENOCARCINOMA PULMONAR: RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DE LOBECTOMÍAS ENTRE 2003-2012 EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. INFORME PRELIMINAR. Fernández C., Numhauser I., Pino C., Ibarra C. y Mendoza G. Anatomía Patológica, Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax y Medicina Interna Universidad de Chile, Hospital del Salvador.

Introducción: El cáncer pulmonar es causa de importante morbimortalidad en comparación con otros cánceres, es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial y la segunda causa de cáncer en Chile. En general, una parte importante de estos cánceres es no células pequeñas. Al diagnóstico 70% de los casos no son operables. El pronóstico es pobre, con sobrevida de 52% a 5 años en estadios precoces, y de sólo 3,7% estadios avanzados. En Chile no

existen registros nacionales de cáncer pulmonar por tipo histológico. Hay dos trabajos de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad de Chile con menos de 200 pacientes. El Instituto Nacional del Tórax (INT), dado que es centro de referencia a nivel nacional, recibe el 70% de los casos por esto el análisis de los datos representa un buen acercamiento a la realidad país. El objetivo de este trabajo es conocer la distribución histológica de los cánceres operados en el INT entre 2003-2012, y describir para adenocarcinoma las variables sexo, edad, etapa y sobrevida desde el diagnóstico en los adenocarcinomas operados durante ese período. **Material y Método:** Este es un estudio descriptivo de cohorte histórico. Se usó cálculo de sobrevida con el método Kaplan-Meier. **Resultados:** Se reclutaron un total de 687 lobectomías de pacientes con sospecha de cáncer pulmonar, de las cuales 530 eran malignas de éstas la histología corresponde a un 45% adenocarcinoma, 21% a escamoso, 12% a células grandes, 22% a otros tipos de cáncer. De 237 adenocarcinomas estudiados, 54,5% fueron mujeres, la media de edad fue 65,68 ± 9,81 años, la sobrevida global fue 44,56% a 5 años y 33,8% a 10 años. Se reetapificó de acuerdo a la clasificación del año 2010 siendo 33,33% etapa IB, con sobrevida de 57,43% a 5 años y 38,29% a 10 años. **Conclusiones:** En pacientes operados por cáncer pulmonar el adenocarcinoma supera a otras variedades lo que es concordante con la literatura. La histología es un factor pronóstico reconocido. La baja sobrevida a 5 años en estadios tempranos requiere mejorar las técnicas diagnósticas y de manejo asociadas a la cirugía.

CL-24

CARCINOIDE PULMONAR. Leiva V., Reyes M., Valenzuela H., Cortés A., Kral A. y Hernández I. Hospital Carlos Van Buren, Hospital Eduardo Pereira, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Paciente femenino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Ingresa al Servicio de Neumología del Hospital Carlos Van Buren por cuadros respiratorios altos a repetición. Radiografía de tórax reveló nódulos pulmonares bilaterales pequeños. Fibrobroncoscopia con edema leve de mucosa en lóbulo superior derecho. Citológico de LBA con frotis inflamatorio, negativo para células neoplásicas. Se realiza TAC de tórax con contraste, evidenciándose múltiples nódulos sugerentes de metástasis. Se hospitaliza, resultando estudio gastrointestinal, tiroides, mama y ginecológico normales. Espirometría: limitación obstructiva leve, no modificada por broncodilatador. Baciloscopias (2) negativas. Se repite TAC, el que concluye: múltiples metástasis pulmonares, sin otros hallazgos significativos. Se realiza biopsia transbronquial que informa tumor carcinoide típico. Se realiza PET/CT, que informa: múltiples nódulos pulmonares bilaterales, resto de exploración negativa. Luego es evaluada por Oncología, desde donde es derivada a Cuidados Paliativos para continuar manejo, dado tumor carcinoide metastásico, fuera del alcance quirúrgico y oncológico. **Diagnóstico:** Carcinoide Pulmonar Metastásico. **Exámenes:** Biopsia transbronquial: tumor carcinoide típico. **Comentarios:** Los tumores carcinoideos forman parte del grupo de tumores neuroendocrinos, siendo el pulmón el segundo sitio más frecuente, tras el sistema gastrointestinal. Tienen una baja incidencia, representando entre el 1 al 2% de todas las neoplasias primarias del pulmón en el adulto. Surgen por la proliferación celular de células enterocromafines de la mucosa bronquial. Clínicamente pueden crecer por largo tiempo y ser asintomáticos. Debido a que se ubican preferentemente en los bronquios más centrales, con su crecimiento pueden dar síntomas obstructivos, tos persistente y disnea que en nuestro caso están presentes, evolucionando por largo tiempo. Menos frecuente es la clínica derivada de la producción neuroendocrina, pudiendo secretar serotonina, ACTH, ADH, entre otros. El diagnóstico definitivo es mediante biopsia del tumor, donde se llega al diagnóstico vía transbronquial. Tienen una sobrevida del 87% al 100% a los 5 años en los típicos y de 40% a 59% en atípicos. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección con fines curativos

en la enfermedad locoregional, aunque radio y quimioterapia se han sumado a los protocolos, alternativas de las que no fue subsidiaria nuestra paciente dado lo avanzado del compromiso.

CL-25

LINFOMA NO HODGKIN PULMONAR PRIMARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. Espinoza C., Pezantes I., De La Fuente I. y Cerda J. Medicina Interna Universidad de Valparaíso, Departamento de Enfermedades Respiratorias Adulto, Hospital Dipreca.

Introducción: El linfoma no Hodgkin (LNH) y Hodgkin (LH) son neoplasias malignas de tejido linfoide. Aunque el pulmón es un sitio frecuente de metástasis de estas patologías, el LNH primario pulmonar (LNHPP) es extremadamente infrecuente, correspondiendo sólo a un 0,4% de todos los linfomas. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de LNHPP. Paciente de 77 años con antecedentes de HTA, dislipidemia, sin historia de tabaquismo, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por cuadros infecciosos respiratorios a repetición asociándose compromiso del estado general, baja de peso 4 kg el último mes y dolor en hemitórax derecho de intensidad moderada que lo despierta en la noche. Al ingreso normotenso, normocárdico, afebril, saturación oxígeno 96% con FiO₂ ambiental, sin signos de dificultad respiratoria, examen físico normal. **Diagnóstico:** Linfoma no Hodgkin pulmonar primario células grandes B. **Exámenes:** Destaca una VHS de 67, PCR 70 mg/l, anemia leve con hematocrito 38,8% y hemoglobina 11,3 g/dl normocítica normocromica, con perfil bioquímico normal. Radiografía de tórax muestra opacidad en lóbulo medio. TAC de Tórax evidencia masa espiculada de 3 x 4 cm en lóbulo medio captante con centro hipodenso asociado a bronquiectasias y vidrio esmerilado e imagen nodular de 17 x 13 mm de bordes irregulares, captante, en segmento apical del lóbulo superior derecho, dos adenopatías a nivel pretraqueal e hilio pulmonar derecho. TAC abdomen y pelvis, RNM encéfalo y cintigrafía ósea sin evidencia de metástasis o adenopatías. Se realiza biopsia percutánea bajo TAC de nódulo en periferia de lóbulo medio. Cultivo corriente, cultivo Koch y baciloscopias negativas. Tejido conectivo infiltrado por abundantes células no cohesivas de núcleo hiper cromático, algunos arifionados. CD 20 positivo 20%, CD 5 positivo 30%, CD 4 positivo 80%, CD 8 positivo 20%, CD 30 negativo. Tipo histológico: LNH células grandes B. Evaluado en comité oncología, se decide realizar quimioterapia R-CHOP. **Comentarios:** El LNHPP representa menos del 1% de los LNH, y el 0,5-1% de los cánceres pulmonares. Si presentan síntomas, generalmente corresponden a tos, disnea, dolor torácico y hemoptisis. Presentan un amplio rango de anormalidades radiológicas. Aunque el tratamiento no está bien definido, el pronóstico de LNHPP es favorable, correlacionado con el tipo histológico. Podemos concluir que el LNHPP corresponde a una etiología infrecuente de masa pulmonar pero debe plantearse como diagnóstico diferencial.

CL-26

REACCIÓN ADVERSA CUTÁNEA SEVERA A TERAPIA ANTITUBERCULOSA EN PACIENTE GRAVE. DIFICULTADES EN SU MANEJO Y EN LA REINTRODUCCIÓN DE LA TERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Mendoza G., Obregón J., Amador J., Ríos F., Morales A. y Peña C. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax, Medicina Interna Hospital Dipreca, Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio Broncopulmonar Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: El tratamiento de tuberculosis (TBC) puede ocasionar reacciones adversas cutáneas severas (RACS), poco frecuentes, algunas fatales. El número de fármacos utilizados y contexto clínico puede dificultar la identificación del fármaco responsable. **Caso:** Mujer de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Cuadro

de 48 h de alteración de conciencia y fiebre, cuyo estudio inicial concluyó meningitis TBC posible. Inició antimicrobiano y antiviral de amplio espectro, incluyendo esquema primario: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) y Etambutol (E), el cual tras siete días es suspendido. Posteriormente, resonancia nuclear magnética y nueva PCR de líquido cefalorraquídeo, concluyeron una meningoencefalitis TBC, por lo que se reinició esquema de TBC. Al cuarto día de terapia cursó con exantema tipo síndrome de Stevens-Johnson (RACS N° 1), que determinó la suspensión de la terapia y posterior remisión de RACS. Por la gravedad se reintrodujo terapia a las 48 h, en el siguiente orden: H-R-E (excluyendo Z). Al quinto día de reintroducción (dosis completa de H, asociada a primera dosis de R) presentó mayor exantema y flictenas tipo necrólisis epidérmica tóxica (RACS N° 2), que determinó suspensión. Tras ocho días se constató regresión de lesiones y se efectuó nueva introducción, en el siguiente orden: E-H-R. Nuevamente, al completar dosis de E y H por separado (y previo a R), reiteró exantema (RACS N° 3), por lo que se continuó sólo con E-H. No obstante, tras progresión de lesiones (RACS N° 4) se cambió esquema a R-E y moxifloxacin, evolucionando sin nuevas RACS, identificando a H como fármaco responsable. **Comentarios:** Según la evidencia, Z y R son las implicadas en RACS, por lo que al presentarse las primeras RACS, fue razonable sospechar de ellas. Lo ocurrido con H en este caso destaca la importancia de una cuidadosa evaluación clínica, que permita identificar el fármaco responsable. Este caso nos demuestra que a pesar de las recomendaciones de testeo de fármacos en RACS, no existe garantía de evitarlas en dicho proceso.

CL-27

UN CASO DE MAL DE POTT EN EL SIGLO XXI. Cerda J., De la Fuente I., Pezantes I., Espinoza C., Pereira G., Pizarro J. y Hurtado G. Servicio Broncopulmonar, Servicio de Medicina Interna y Servicio de Radiología Hospital Dipreca.

Introducción o historia del caso: La tuberculosis es una enfermedad que existe desde el origen de la humanidad y se han encontrado vestigios de ésta en civilizaciones tan antiguas como momias egipcias. Pese al gran avance tecnológico seguimos encontrando casos de tuberculosis ósea en la época actual. Se presenta el caso de un hombre de 37 años, de oficio Gendarme en Talagante, caracterizado por baja de peso de 15 kg en 6 meses, compromiso del estado general y diaforesis nocturna. Asociado a esto presenta tos no productiva y disnea progresiva. Ingresó a Hospital DIPRECA saturando 83%, se realiza Radiografía de Tórax que muestra derrame pleural izquierdo moderado. El estudio del líquido demuestra exudado con predominio de PMN (93%), LDH 2.230 U/L. TAC de Tórax muestra condensación y derrame pleural izquierdo, pero destacan calcificaciones de ganglios mediastínicos y paquipleuritis apical. Por falla respiratoria se traslada a UTI, donde se inicia tratamiento antibiótico Ceftriaxona + Clindamicina, con hipótesis diagnóstica inicial de pleuroneumonía, con mala respuesta, por lo que se decide drenaje y biopsia pleural. VIH negativo, Baciloscopias y PCR de líquido pleural resultaron negativas. Biopsia pleural no muestra TBC, sólo inflamación crónica. Durante hospitalización paciente refiere intenso dolor lumbar por lo que se realiza TAC de columna total donde se evidencian lesiones líticas vertebrales en T8-T9 y T10 con aumento de partes blandas paravertebrales, compatible con espondilitis y espondilodiscitis. Junto a esto se rescata resultado de ADA pleural cuyo valor era > 50 u/dl. Con esta información se plantea diagnóstico de TBC pleural y espondilitis por TBC o mal de Pott y se inicia tratamiento para tuberculosis con HIN, rifampicina, etambutol y pirazinamida. Completa 9 meses de tratamiento con buena respuesta clínica. Posteriormente, se decide fijación de columna por inestabilidad, no se realizó biopsia aparentemente por inestabilidad de columna. Paciente actualmente en buenas condiciones generales, con disminución de lesiones vertebrales y pleurales. **Diagnóstico:** TBC extrapulmonar: Mal de Pott y tuberculosis pleural. **Exámenes:** Imáge-

nes, cultivo de Koch y baciloscopias, PCR para *Mycobacterium*, ADA. **Comentarios:** La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pese a los avances de la medicina y lo interesante de este caso es que el único examen que avaló el diagnóstico fue el ADA y la buena respuesta a tratamiento anti-TBC.

CL-28

BALANITIS POST INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO CALMETTE GUERIN (BCG). Hurtado G. y Peña C. Servicio de Medicina Interna Hospital Dipreca, Programa Tuberculosis de Servicio de Salud Metropolitano Central.

Introducción: La BCG es una preparación que contiene cepas atenuadas de *Mycobacterium bovis* (50 mg/ml por ampolla, correspondientes a $5,03461 \times 10^8$ UFC/mL, de la cual se ocupan 3-4 ampollas por instilación vs 0,05 mg en la formulación de vacuna, equivalentes a $1,5-6,0 \times 10^5$ UFC/mL). El uso intravesical de BCG, se encuentra estandarizado como inmunoterapia para disminuir la recidiva local posterior a la resección transuretral en el cáncer de vejiga superficial. En general es bien tolerada y los efectos adversos son escasos. Entre las complicaciones locales más frecuentes se describen la cistitis, asociado a disuria y hematuria, y menos frecuentemente otras infecciones locales como la epididimitis, prostatitis y obstrucción ureteral. Presentamos un paciente de sexo masculino, de 87 años, con antecedentes de Insulino resistencia e hipotiroidismo, con diagnóstico de cáncer vesical operado en el año 2009 y reintervenido en 3 oportunidades por recidiva local. Inició instilaciones de BCG intravesical en diciembre de 2013. Consultó 4 días posterior al quinto ciclo de instilaciones (mayo de 2014), por cuadro caracterizado por disuria, aumento de volumen del glande y sensibilidad local. Evaluado por urólogo tratante, quien indica AINES orales y solución tópica con antibiótico y antimicótico. Al control en 7 días, paciente con disminución del volumen, pero con aparición de lesiones papulosas blanquecino-amarillentas en el glande, asociado a ganglios inguinales. **Diagnóstico:** Balanitis con alta probabilidad de etiología por BCG. **Exámenes:** Se estudió con biopsia de la lesión, baciloscopias en orina, cultivo corriente y de *Mycobacterium*, VIH y Sífilis. Todos los resultados negativos hasta la fecha. Radiografía de tórax normal. La biopsia informa: fragmentos de mucosa con epitelio escamoso con acantosis, infiltrado inflamatorio crónico, con linfocitos, PNM neutrófilos a nivel del estroma. No se observan granulomas. Tinción de PAS resultó negativa para elementos micóticos. **Conclusión:** Balanitis Crónica reagudizada en partes espongiótica. **Comentarios:** Las complicaciones cutáneas en el glande post instilación de BCG, son extremadamente raras y hay escasos reportes de casos clínicos al respecto. Las pruebas fallidas con terapia antibiótica y antifúngica sólo retrasan el diagnóstico. Cuando existe el antecedente de uso de BCG intravesical hay que sospechar el rol patogénico de la BCG frente a cuadros sintomáticos de la vía urogenital sin otra causa clara y utilizar terapia con antituberculosos la que ofrece buenos resultados.

CL-29

HIPER-REACCIÓN CUTÁNEA-SISTÉMICA A TEST DE TUBERCULINA: REPORTE DE CASO. Pino C., Peña C., Mendoza G. y Cerda J. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax y Servicio Broncopulmonar Hospital San Borja Arriarán.

Introducción: La tuberculosis continúa representando una importante enfermedad a nivel mundial y el reservorio de infectados alcanza a un tercio de la población mundial. El Test de Tuberculina, realizado mediante la administración de derivados proteicos purificados (PPD) provenientes de la pared del bacilo de la tuberculosis (BTBC), es un procedimiento simple y sensible que permite la pesquisa de la infección por BTBC en pacientes que podrían beneficiarse de quimiopprofilaxis. El test permite evaluar el grado de sensibilidad de los linfocitos T a los antígenos de Micobacterias. En un 1-2% de

los casos positivos puede ocurrir lesiones ampulares o incluso necrosis cutánea local. Se han descrito en raros casos linfadenitis. **Diagnóstico:** Se presenta el caso de una mujer de 39 años con antecedentes de asma. Historia de eritema nodoso posterior a Amigdalitis pultácea tratada con penicilina. Evaluada por reumatólogo donde destaca ANA: 1/320 resto de screening reumatológico negativo, VIH (-), anticuerpos antiestreptococo (-). Sin antecedentes de contacto TBC. **Exámenes:** PPD inicial de 42 mm, sin incidentes. TAC de tórax con nódulos de base pleural calcificados en lóbulo superior izquierdo de 9 y 14 mm. Paciente presenta adenopatía sensible de 1 cm de diámetro cervical anterior derecha blanda, indolora. Se indica isoniazida 300 mg al día. Ecografía cervical realizada posteriormente no muestra ganglios. Evoluciona con 3 episodios recidivantes de eritema nodoso en 1 año. Biopsia de piel de extremidad inferior compatible con paniculitis fibrosante, sin vasculitis. Se repite PPD resultando en una gran lesión dolorosa, eritematosa con flictena gigante y fiebre. Se administran corticoides sistémicos con lo que mejora el cuadro y se indica no realizar más el PPD. Además la paciente se realizó Quantiferon TBC Gold que resulta positivo. **Comentarios:** La reacción cutánea frente al inóculo del PPD habitualmente produce una induración y eritema en el sitio de inyección con ausencia de síntomas generales. Las reacciones cutáneas severas son poco frecuentes. Estas pueden ser sistémicas en forma de anafilaxis, urticaria, angioedema o formas locales regionales con flictenas y necrosis cutánea. En casos de eritema nodoso recidivante, una forma de hipersensibilidad a los antígenos del BTBC sería más apropiado el uso de técnicas *in vitro* como los IGRA para determinar infección por BTBC.

CL-30

HIPEREOSINOFILIA PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE LOEFFLER. Beltrán MC., Meier A., Cea X., Baeza A. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Universidad de La Frontera, Temuco.

Introducción: La primera descripción de un cuadro clínico consistente en eosinofilia periférica, infiltrados pulmonares y síntomas sistémicos fue hecha por Loeffler. El síndrome de Loeffler es una enfermedad pulmonar eosinofílica. Puede presentarse por una reacción de hipersensibilidad causado por parásitos como *Ascaris lumbricoides*, hongos, como el *Aspergillus* y drogas. Se define por la coexistencia de infiltrados pulmonares y eosinofilia periférica, y se caracteriza por la ausencia de síntomas pulmonares o la presencia de síntomas pulmonares moderados con infiltrados pulmonares temporales que remiten espontáneamente luego de 2 a 4 semanas. **Caso clínico:** Paciente residente de sector cordillerano, ingresa por cuadro de 4 días de evolución de compromiso del estado general, diarrea sin sangre ni mucosidades asociado a mialgias, fiebre y disnea. No refiere tos. Consulta en el servicio de urgencia por progresión del cuadro. Al ingreso destaca leucocitos en sangre de 13.280 por mm^3 con 10% de eosinófilos, PCR = 20 mg/L. Radiografía de tórax AP y lateral con infiltrados alveolares bilaterales. Se sospecha neumonía eosinofílica y síndrome de Loeffler. Se considera un síndrome cardiopulmonar por hantavirus como diagnóstico diferencial por antecedente epidemiológico (7 días antes del ingreso realizó aseo en casa de veraneo cerrada en sector rural), el que es descartado. TAC Tórax: innumerables focos de condensación en ambos pulmones con vidrio esmerilado periférico, asociado a peribronquitis y pequeños nódulos pulmonares. Se solicita PSD: sin elementos parasitarios, coprocultivo: sin desarrollo y Anti ENA, ANA, Anti DNA, ANCA y ANCAp: negativos. En hemograma de control se objetiva leucocitos 12.560 con 29% eosinófilos. Se inicia tratamiento con corticoides (prednisona 1 mg/kg/d) con favorable respuesta clínica e imagenológica. Por buena evolución clínica y regresión de parámetros de laboratorio, se indica alta. Un mes después, en control ambulatorio, la paciente refiere haber eliminado una forma adulta de *Ascaris lumbricoides* en deposiciones. **Diagnóstico:** Neumonía eosinofílica; síndrome de Loeffler. **Exáme-**

nes: Hgma: leucocitos 12.560, 29% eosinófilos, TAC Tórax: múltiples focos de condensación, patrón en vidrio esmerilado periférico. **Comentarios:** Los síndromes hipereosofílicos son enfermedades poco frecuentes y de diagnóstico complejo. El cuadro clínico de la neumonía eosinofílica es de corta duración, puede ceder en forma espontánea, aunque ocasionalmente y soporte ventilatorio mecánico.

CL-31

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC: EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Campos A., Cabrera O. y Arancibia F. CESFAM Dr. Alberto Allende Jones, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La rehabilitación respiratoria ha demostrado beneficios en mejorar la capacidad física y calidad de vida en los pacientes con EPOC. Sin embargo, en Chile no existe información de programas de rehabilitación respiratoria (PRR) en la atención primaria de salud. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar los resultados de la implementación de un programa de rehabilitación respiratoria (PRR) en pacientes con EPOC en la atención primaria de salud. **Material y Método:** Estudio prospectivo descriptivo realizado en el CESFAM Dr. Alberto Allende Jones de Talagante en pacientes con diagnóstico confirmado de EPOC según criterios AUGE, durante el período julio de 2012 a mayo de 2014. El equipo estaba constituido por un kinesiólogo y el médico de atención primaria. Fueron ingresados al PRR, de 12 semanas de duración, aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se realizó entrenamiento aeróbico (caminata), entrenamiento de fuerza de EEES y EEII (mancuernas, tobilleras y bandas elásticas) y entrenamiento de musculatura respiratoria (válvula umbral), 2 veces por semana y de 90 min de duración. Se evaluó al inicio y al finalizar el PRR lo siguiente: calidad de vida, utilizando el Cuestionario Saint George (CSG); fuerza muscular respiratoria, con un pímómetro y flujómetro; capacidad física, utilizando el Test de marcha de 6 min (TM6) e Índice BODE. Los resultados son expresados como promedios \pm DS, se utilizó para variables continuas la prueba de T-Student, y para variables categóricas la prueba de χ^2 o prueba de Fisher. El nivel de significación se estableció en 0,05. **Resultados:** De un total de 79 pacientes con EPOC evaluados, fueron ingresados al PRR 54 pacientes y finalizaron 39 pacientes. La edad promedio fue $67,3 \pm 8,5$ años, 64% género femenino, índice de masa corporal de $26,97 \pm 4,3$ y VEF₁ $1,17 \pm 0,57$ L. Al comparar los valores iniciales y finales del PRR se encontró diferencias estadísticamente significativas en: TM6 ($445,9 \pm 77,9$ vs $498,2 \pm 82,8$, $p < 0,001$); CSG ($45,1 \pm 16,1$ vs $18,5 \pm 11,5$, $p < 0,0001$), PIMáx $48,95 \pm 18,8$ vs $57,2 \pm 19,4$, $p < 0,0001$), BODE ($2,76 \pm 1,37$ vs $1,53 \pm 1,0$, $p < 0,0001$), y mMRC ($2,54 \pm 0,75$ vs $1,18 \pm 0,56$, $p < 0,0001$). **Conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio son concordantes con lo descrito en la literatura y demuestran los beneficios significativos obtenidos con la Rehabilitación Respiratoria en pacientes con EPOC. También, se demuestra que en Chile se puede implementar un PRR en la atención primaria utilizando implementos simples y con un bajo costo.

CL-32

SITUACIÓN ACTUAL DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC, EN LAS SALAS ERA DE LOS CENTROS DE APS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA Y VALPARAÍSO-SAN ANTONIO. Poblete F., Colines Y., Pavié J., De la Prida M. y Ciudad D. Policlínico y Servicio de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Quilpué, Servicio Poli-Respiratorio Hospital San Martín de Quillota, Servicio de Medicina Hospital Gustavo Fricke, Servicio de Pediatría Hospital Van Buren.

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema de salud a nivel mundial, que genera un alto costo sanitario, pérdida de productividad y mortalidad

prematura. La Rehabilitación Respiratoria (RR) es medida terapéutica eficaz, que permite reducir la morbimortalidad, mejora la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con EPOC, reduciendo los costos de salud asociados. (GOLD, 2013). **Objetivo:** Evaluar la situación actual de la RR, en las salas de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) de los centros de atención primaria de salud (APS), de los Servicios de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) y Valparaíso-San Antonio (SSVSA). **Metodología:** Se envió una encuesta por correo electrónico al profesional a cargo de la sala ERA de los SSVQ y SSVSA, midiendo el número de salas que realizan RR, recursos humanos, equipamiento, infraestructura, características de los programas y los factores limitantes. La muestra estuvo conformada por 52 salas ERA de los SSVQ y SSVSA. Los resultados se ingresaron a una planilla Excel y fueron analizados por el programa SPSS Statistics 21. **Resultados:** De un total de 77 salas ERA (49 SSVQ y 28 SSVSA), se reciben y analizan 52 encuestas, correspondiente al 67,5% (31 SSVQ y 21 SSVSA). De lo cual, se describe lo siguiente: la RR se realiza en el 37% de las salas ERA encuestadas (11 SSVQ, 8 SSVSA); **Recursos humanos:** el 87% de la muestra cuenta con médico de sala ERA (27 SSVQ, 18 SSVSA), el 100% cuenta con kinesiólogo y un 40% señala que su horario de atención es reducido; **Equipamiento:** el 65% de la muestra, carece de equipo mínimo para realizar RR y un 38% cuentan con equipo en mal estado; **Infraestructura:** el 73% de la muestra, no cuentan con espacio físico adecuado para la realización de RR; **Características del programa de RR:** de las 19 salas ERA que realizan RR, 15 salas (8 SSVQ y 7 SSVSA), desarrollan un programa cuya frecuencia, tiempo y duración, es el recomendado por el Consenso Chileno; **Capacitación:** el 50% de la muestra ha recibido capacitación formal en RR y un 63% señalan conocer el Consenso Chileno de RR. **Conclusiones:** Un bajo porcentaje de las salas ERA encuestadas, han incorporado la RR como parte del tratamiento de pacientes con EPOC. Si bien, cuentan con equipo multidisciplinario, disponen de un tiempo de atención reducido, lo que en conjunto con la falta de equipamiento y espacio físico, limitan la ejecución de un programa de RR.

CL-33

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS AL PROGRAMA EPOC EN UN CONSULTORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE 10 AÑOS. Alvear G., Figueroa L. y Peña C. Clínica Miguel de Servet. Integramédica, CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, Departamento de Enfermedades Respiratorias Servicio de Medicina Hospital San Borja Arriarán.

Introducción: Conocer el perfil clínico de los pacientes al momento del ingreso a los programas de crónicos permite reconocer sus necesidades terapéuticas reales. Nuestro objetivo fue caracterizar a los pacientes del programa EPOC de un consultorio de atención primaria según probables causas, presencia y tipo de comorbilidades, deterioro de la función pulmonar y terapia prescrita. **Material y Método:** Este estudio descriptivo retrospectivo no intervencional analizó datos clínicos y espirométricos de las fichas clínicas y cartolas de controles al momento del ingreso de todos los pacientes incorporados al programa EPOC desde el año 2004 al 2014 en el CESFAM Silva Henríquez de la comuna de Puente Alto y que acudieron a control durante los últimos 12 meses. **Resultados:** De 104 pacientes con control el último año, 65 tenían criterios espirométricos de EPOC. El porcentaje del VEF₁ predicho promedio fue 76,6% (mínimo: 31%; máximo 145%). El 47,7% fue EPOC leve, 40% moderado y 12,3% severo (VEF₁ promedio: 95,2%; 66,8% y 36%, respectivamente). La edad promedio fue 62 años (65,2 en leve; 58,5 en moderado; 60,8 en severo). El 55,4% fueron mujeres (38,7% en leves; 69,2% en moderados; 75% en severos). El 78,5% tenía antecedentes tabáquicos (77,4% en leves; 76% en moderados; 87,5% en severos) con un índice paquete año promedio de 29,8 (28,7; 29 y 31,7, respectivamente). De los pacientes que

se registró el dato (81,5%), el 73,6% había estado expuesto a leña y/o carbón (69% de leves; 77,8% de moderados; 62,5% de severos). El 50,1% tenía exposición a tabaco más biomasa. De los pacientes que tenían radiografía de tórax al ingreso (80%), 11,5% tenía imágenes secuenciales de TBC. El 61,5% tenía alguna comorbilidad (66,6% en los leves; 65,4% en los moderados; 50% en los severos), de las cuales el 90% era cardiovascular. Al 40% de los pacientes se les indicó monoterapia con un broncodilatador de acción corta (BdC) (60% de leves; 23,1% de moderados; 12,5% de severos) y al 50,7% terapia dual con BdC más corticoide inhalado (CDi) (40% de leves; 65,4% de moderados; 50% de severos). **Conclusiones:** Los EPOC en este CESFAM son predominantemente mayores de 60 años, mujeres y con distribución similar de leves y moderados. La mayoría tiene exposición a tabaco y biomasa (la mitad con exposición a ambos) y comorbilidades, preferentemente cardiovasculares. La monoterapia con BdC se indicó principalmente a los EPOC leve y la terapia dual (BdC más CDi) a los moderados. Una proporción de los leves probablemente no requería CDi.

CL-34

PESQUISA DE SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Vargas M., Avilés S. y Torres R. Sala ERA Hospital E. Torres G. Iquique.

Introducción: El SAHS es un problema de salud pública por su alta prevalencia y su asociación con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, accidentes laborales y de tráfico, lo que está sub-diagnosticado en nuestro país. **Objetivo:** Optimizar la pesquisa de SAHS integrando a la APS, utilizando métodos diagnósticos simplificados. **Material y Método:** Desde el año 2008 se capacita a médicos y enfermeras de APS, los que derivan a la sala ERA del Hospital de Iquique, 162 pacientes con sospecha de SAHS, (hipersomnolencia diurna excesiva, ronquidos y apneas observadas por familiar). De este total, 105 pacientes fueron evaluados antropométricamente, con exámenes de laboratorio y monitoreo continuo nocturno en su domicilio mediante un equipo Apnea Link (Resmed). Se analiza la correlación entre la severidad del índice de apnea hipopnea (IAH) y Género, Edad e IMC. A los casos compatibles con los criterios del Consenso de SAHS Español (Archivos de Bronconeumología, diciembre de 2005. Vol. 41), se les realiza una Titulación con equipo CPAP Auto-set durante una noche en su domicilio. Si los resultados lo ameritan, se indica uso de CPAP Elite (Resmed), educación y seguimiento por equipo de salud. **Resultados:** De los 105 pacientes el 55,2% (58) eran mujeres y el 44,76% (47) hombres, con edades promedio de 60,1 (ds ± 11,5) años y 60,3 (ds ± 14,8) y peso de 86 kg (ds ± 21,7) y 97,1 kg (ds ± 21,09) respectivamente. El Monitoreo de Apnea y SatO₂ a 105 pacientes, mostró que el 86,66% (90 pacientes) confirman el SAHS sospechado en APS. De estos, un 50% (45 pacientes) se categorizan como Severos, un 23,3% (21 pacientes) como Moderados y un 26,6% (24 pacientes) como Leves. En el grupo de hombres se evidencia una correlación significativa entre la severidad del IAH, mayor IMC y mayor edad ($p < 0,001$). En el grupo de mujeres se observa una correlación significativa entre la severidad del IAH con un mayor IMC ($p < 0,001$). De los 90 pacientes con Apnea del Sueño, sólo logran adquirir el equipo CPAP el 46,6% (42 pacientes) y de estos, sólo 27 (64,2%) se mantienen a la fecha en control regular de enfermería y médico, con normalización de sus IAH. **Conclusiones:** Este estudio evidencia que la pesquisa diagnóstica de SAHS a nivel de APS es efectiva, alcanzando un rendimiento de un 86,6% de los pacientes estudiados. El diagnóstico con métodos simplificados constituye una alternativa válida para optimizar la pesquisa de pacientes con sospecha de SAHS. Más del 50% de los pacientes estudiados permanecen sin tratamiento al no poder adquirir el CPAP. Estos resultados fundamentan la necesidad de que esta patología tenga cobertura ministerial tanto diagnóstica como terapéutica.

CL-35

HOSPITALIZACIÓN POR BRONQUIOLITIS AGUDA EN UNA CLÍNICA PRIVADA: CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA DIFUSIÓN DE UNA GUÍA DE TRATAMIENTO. León A., Pérez MA., Baeza M., Rivacoba C. y Canals A. Clínica Santa María.

Introducción: Se pretende caracterizar la forma de presentación y de manejo de los casos de hospitalizados de bronquiolitis aguda en un centro de salud privado y evaluar los cambios que resulten de la difusión de una guía de tratamiento. **Material y Método:** Se analizan todos los casos de bronquiolitis aguda hospitalizados durante el año 2012 y el año 2013, año éste en que previo al brote epidémico viral de otoño invierno se elabora y difunde ampliamente una guía de tratamiento de dicha patología, basada en la evidencia. Se estudió la normalidad de variables continuas mediante el test de Shapiro-Wilk; para la relación entre variables discretas se utilizó el test de χ^2 de independencia, o el test Exacto de Fisher; y para comparar variables continuas no normales en dos grupos se utilizó el test de Wilcoxon-Mann-Whitney. **Resultados:** Son 169 casos, 99 en el año 2012 y 70 en el 2013. EL 94% ocurre de mayo a septiembre. El 53% es hombre. El 60% es < 3 meses. Un 7,1% tiene alguna condición preexistente de riesgo principalmente cardiopatía y prematuridad. Hay fiebre en el 25%, siendo menor o igual a 3 días en el 86%. Se identifica VRS en el 87%; con mucho menor frecuencia rinovirus (4,1%), parainfluenza (3,6%), adenovirus (3%), bocavirus (2,4%) e influenza (1,8%). Se hizo Rx de tórax en el 99%, correspondiendo el 92% a infiltrado intersticial. Se hizo hemograma al 76% de los casos con una mediana de 8.600 para el recuento de leucocitos, y de 4% para baciliformes. Se hizo PCR en el 74% de los casos con mediana de 3,1 (valor normal < 5). El 71% recibe oxigenoterapia con una mediana de duración de 72 h. Se indicó broncodilatador al 84%, corticoide al 33%, antibiótico al 25%, y KTR al 92%. Sólo el uso de broncodilatador es menor (65 vs 87%) si el médico tratante es pediatra neumólogo vs pediatra no neumólogo. No hubo otitis. Hubo 2 ITU y 14 neumonías (8,3% del total de casos) de las cuales 71% requirió UCI con VMI. Del total de casos, 29 (17%) se trasladan a UCI, donde la estadía es menor o igual a 4 días en el 50% pero > 7 días en el 32%. Son 18 los que se conectan a VMI (10,6% del total de casos, 62% de los trasladados a UCI), con una mediana de 6 días de ventilación. El rango de duración total de hospitalización es de 1 a 20 días con mediana de 4. Al comparar el año 2013 (año con guía difundida) vs el 2012 (año aún sin guía) no se encontró menor solicitud de Rx de tórax (100 vs 97%) ni hemograma y PCR (73 vs 75%); no hubo menor indicación de broncodilatador (86 vs 81%) ni corticoide (32,8 vs 32,3%) ni antibiótico (28 vs 22%), ni KTR (95 vs 87%); y no hubo diferencias en traslado a UCI (18,6 vs 16,2%) ni en duración de la hospitalización (promedio 5 vs 4,8 días con mediana de 4 días en ambos años). **Conclusiones:** La presentación clínico epidemiológica se ajusta a lo conocido. Hay una alta frecuencia de exámenes y tratamientos innecesarios que no disminuye con la intervención de la guía de tratamiento en el primer año de su aplicación.

CL-36

ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS GRAVES EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO. Lozano J., Yáñez L., Lapadula M., Rivacoba C., Burgos F., Fernández C., Rodríguez P., Cristino P., Lama P., Cortez D., Espinoza C. y Grez C. Unidad de Paciente Crítico Pediátrico Clínica Santa María.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAb) son causa importante de morbilidad y de hospitalización en niños. **Objetivo:** Determinar la etiología de la IRAb grave en niños hospitalizados en la Unidad de paciente Crítico Pediátrico de Clínica Santa María (UPCP) por varios métodos diagnósticos en forma protocolizada. **Material y Método:** Estudio prospectivo desde el año 2005. Se utilizaron 3

protocolos diferentes los que fueron aplicados al momento del ingreso del niño a UPCP. Protocolo 1 (años 2005 a 2007): estudio virus sincicial respiratorio (VRS), adenovirus, parainfluenza e influenza por inmunofluorescencia, metapneumovirus por reacción de polimerasa en cadena (PCR), hemocultivos, serología para *Mycoplasma pneumoniae* y cultivo de líquido pleural si procede. Protocolo 2 (años 2008 a 2011) incorpora cultivo bacteriano en aspirado traqueal cuantitativo al momento de intubación, antígeno en orina para *Streptococcus pneumoniae* y PCR para rinovirus, adenovirus, *Mycoplasma pneumoniae* y *Bordetella pertussis*. Protocolo 3 (años 2012 a 2013) incorpora PCR en el estudio de virus: VRS, adenovirus, metapneumovirus, influenza, parainfluenza, bocavirus, rinovirus y coronavirus. Análisis estadístico: test de χ^2 . **Resultados:** Se reclutaron 735 pacientes, inmunocompetentes con una IRAb grave, 402 (54%) hombres, edad promedio 30,8 meses (10 días-182 meses). Uno o más potenciales agentes causales fueron detectados aplicando el protocolo 1 en 155/229 (68%), con el protocolo 2 en 217/317 (67,2%) y con el protocolo 3 en 176/189 (93,1%) pacientes. Etiología viral fue demostrada: protocolo 1: 53%, protocolo 2: 57% y protocolo 3: 87,8%. Etiología bacteriana demostrada: protocolo 1: 15%, protocolo 2: 23,3% y protocolo 3: 47,6%. Coinfección virus/bacteria demostrada: protocolo 1: 4%, protocolo 2: 12,3% y protocolo 3: 39,7%. VRS agente más frecuentemente aislado en los 3 protocolos de estudio y en el caso de las bacterias *Haemophilus influenzae* en el cultivo del aspirado traqueal al momento de la intubación y *Mycoplasma pneumoniae* por PCR fueron las más aisladas. **Conclusiones:** Con los métodos de estudios propuestos un posible agente causal de la IRAb grave pudo ser identificado en la mayoría de los casos. Sin embargo, la proporción de niños con causa detectada fue significativamente superior con el protocolo 3 que con los protocolos 1 y 2 ($p < 0,0001$). Este incluyó estudio por PCR de un mayor número de virus respiratorios y también de bacterias. Además la proporción de niños con virus o bacteria o con coinfección virus-bacteria detectados fue también significativamente superior con el protocolo 3 que con los protocolos 1 y 2 ($p < 0,0001$). Se confirma la importancia de los virus especialmente del VRS en las IRAb en niños hospitalizados. La posibilidad de identificar bacterias por métodos validados permite el uso oportuno y racional de los antibióticos.

CL-37

FUNCIÓN PULMONAR Y MARCADORES INFLAMATORIOS EN PREESCOLARES SIBILANTES RECURRENTES CON Y SIN RIESGO DE ASMA. Flores C., Caussade MS., Morales M., Donaire R., Moya A., Pino K., Ángulo J. y Castro JA. Escuela de Medicina, Laboratorio de Función Pulmonar y Centro de Investigaciones Médicas, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Existe limitada información de cómo el riesgo de tener asma altera precozmente la función pulmonar y cuál es el comportamiento de distintos marcadores inflamatorios en preescolares con sibilancias recurrentes (SR). Los niveles séricos de Proteína C Reactiva ultrasensible (PCRu) se asocian significativamente con alteración de la función respiratoria en niños y además, el leucotrieno urinario E4 (LTE4) ha demostrado ser un mediador esencial en el asma. **Material y Método:** Estudio prospectivo que reclutó 83 pacientes en edad preescolar de 2 a 5 años de edad con SR evaluados en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se obtuvo consentimiento informado de sus padres según indicaciones del Comité de Ética. Se les aplicó encuesta validada de asma. A todos ellos, estando asintomáticos, se les realizó Hemograma y PCRu en muestras de sangre venosa periférica, leucotrienos en orina y espirometría en condiciones basales y posterior al uso de broncodilatador. Se tomaron los 22 pacientes con Factor Predictivo de Asma (API) Negativo y en forma aleatoria se seleccionaron 22 pacientes con API Positivo del total de 61 en esta condición. Análisis en programa estadístico SPSS. La significancia estadística fue asumida con nivel de p de 0,05. **Resultados:** La edad promedio de los preescolares fue de 4,32 y 4,05 años en el grupo API positivo y API negativo res-

pectivamente ($p = 0,559$). En el primero el 63,6% eran varones y en el segundo un 45,5% del total ($p = 0,226$). El valor promedio de la PCRu en el grupo API positivo fue de 0,79 mg/l y de 3,69 mg/l en el API negativo ($p = 0,038$). El API positivo presentó valor promedio de LTE4 de 7,01 pg/ml y el API negativo de 6,51 pg/ml ($p = 0,926$). El 50% de los pacientes API positivo presentó espirometrías alteradas, en cambio los API negativos sólo el 6,3% ($p = 0,004$). **Conclusiones:** Los preescolares con SR con API positivo se diferencian significativamente de los pacientes con API negativo, ya que presentan niveles séricos de PCRu inferiores y mayor alteración de su función pulmonar. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de LTE4 en condiciones basales. *Financiado por Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Proyecto PG-14/11, Concurso Proyectos de Investigación para Becarios Residentes y Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, Proyectos de Investigación 2011.*

CL-38

CASO CLÍNICO: NEUMONITIS CRÓNICA DEL LACTANTE. Astorga L., Herrera O., Sepúlveda H., Mardones P., Wevar ME., Daszenies C. y Henríquez A. Unidad Anatomía Patológica y Unidad Broncopulmonar Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La Neumonitis crónica intersticial crónica del lactante o Neumonitis crónica del lactante es una patología descrita por Katzenstein y cols. en 1995, se presenta en lactantes y niños pequeños, cuyas biopsias pulmonares muestran cambios característicos, lo que permite realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades pulmonares intersticiales, tanto idiopáticas como secundarias. Paciente recién Nacido de 24 días con antecedente de haber sido producto de embarazo gemelar, que cursa con rotura prematura ovular a las 22 semanas de embarazo, se hospitaliza a la madre y se trata con corticoides y antibioticoterapia, inició trabajo de parto a las 33 semanas de embarazo, se realiza cesárea. Nace el 19.10.2013, RNPrT-33 sem-PEG (Gemelo II), Peso 2.180 g, Talla 43 cm. Evoluciona con dificultad respiratoria que revierte con el uso de oxígeno y apoyo ventilatorio mínimo. Rx de Tórax a las 4 h. de vida "tenue infiltrado intersticial, mínimo neumotórax", se da de alta el 08.11.2013. Se hospitaliza el 13.11.2013 por cuadro de tos irritativa, coriza, polipnea y retracción subcostal, saturación de oxígeno límite, destaca en hemograma eosinofilia 21%. Rx de Tórax "Infiltrado intersticial fino, hiperinsuflación pulmonar". Paciente evoluciona en regulares condiciones presenta requerimientos progresivos de oxígeno y polipnea de hasta 75 por minuto. Se realizan estudios para descartar causa infecciosa, estudios metabólicos, se descarta fibrosis quística. Se efectúa el 20.12.2013 biopsia pulmonar cuyo resultado fue aspecto concordante con "neumonitis crónica del lactante". Se inicia terapia con corticoides orales e inhalados, mejorando la polipnea y disminuyendo en forma progresiva los requerimientos de oxígeno. **Comentarios:** Se da de alta el 09.01.2014, Se controla mensualmente en Unidad Broncopulmonar, ha presentado dos hospitalizaciones posteriores por cuadro pulmonar obstructivo en junio y agosto de 2014.

CL-39

SEGUIMIENTO DE LACTANTES HOSPITALIZADOS POR BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL Y RINOVIRUS. EVOLUCIÓN CLÍNICA, RESPUESTA INFLAMATORIA Y MARCADORES DE ATOPIA. Zepeda G., Díaz P., Pinto R., Gaggero A. y Uasapud P. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Campus Norte, Programas de Fisiopatología y de Virología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital Roberto del Río. Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo.

Introducción: Se ha relacionado la infección por Virus Respiratorio Sincicial (VRS) solo o asociado a Rinovirus (RV) en el período de lactante con la mayor probabilidad de desarrollar atopia y asma. El objetivo de este estudio es analizar

marcadores clínicos e inmunológicos de pacientes con bronquiolititis por RV y/o VRS que determinen su evolución. **Material y Método:** Lactantes previamente sanos hospitalizados por bronquiolititis, en el Hospital Roberto del Río durante 2009-2010. Se determinó en aspirado nasofaríngeo (ANF) VRS y RV por qPCR, e ILs proinflamatorios (IL-6, IL-8, TNF- α , IL-1 β e IL-12). Seguimiento clínico y estudio inmunológico a los 4-5 años. Resultados se expresan en medianas y rango. Análisis estadístico no paramétrico Mann-Whitney. **Resultados:** 21 pacientes, 8 (38%) presentan actualmente sibilancias recurrentes en tratamiento con budesonida promedio de 325 μ g/d.

	Sibilantes recurrentes (8)	No sibilantes recurrentes (13)	p
Hospitalización			
Género	3♂ 5♀	12♂ 1♀	
Edad (ms)	4,03 (1-9)	4,51 (1-10)	NS
Estadía (d)	6,38 (2-12)	5,92 (3-12)	NS
O ₂ (d)	4,62 (0-8)	3,69 (0-10)	NS
VRS	5	7	NS
VRS + RV	3	6	NS
IL-1 β pg/ml (ANF)	1.447 (107-8.500)	107 (1,4-3.217)	< 0,04
IL-12 pg/ml (ANF)	0,0 (0-3,5)	3,5 (0-20,7)	< 0,04
Seguimiento			
Edad (años) (promedio)	4,7	4,8	
Hermanos (n)	2 (25%)	6 (46%)	NS
Tabaquismo familiar (n)	6 (75%)	9 (69%)	NS
Atopia Familiar (n)	5 (63%)	3 (23%)	NS
Prick Test positivos (n)	3 (38%)	5 (38%)	NS
IgE Total	28 (4-521)	36 (1-769)	NS

Conclusiones: 1.- La IL-1 β y la IL-12 cuantificada en el ANF durante la bronquiolititis podría ser un marcador de inflamación posterior de la vía aérea. 2.- La co-infección de VRS y RV no empeora la evolución clínica. 3.- Este grupo de preescolares con SR no tiene mayor desarrollo de atopia que los no sibilantes. 4.- Podríamos especular que en este grupo de pacientes hay otros factores (contaminación intra y/o extra domiciliaria) que ayudan a contribuir a la manifestación de inflamación bronquial. Trabajo financiado por proyecto Fondecyt 1120411.

CL-40

TIMECTOMÍA ROBÓTICA EN CLÍNICA SANTA MARÍA. Fica M., Valenzuela R., Fernández P., Suárez F., Lobos J.L., Aparicio R. y Suárez C. Clínica Santa María.

Introducción: La Timectomía por vía mínimamente invasiva ha introducido una nueva controversia en Cirugía Torácica acerca del mejor abordaje y técnica de resección del Timo. Debido a las potenciales diferencias en morbi-mortalidad perioperatoria y a los resultados oncológicos de largo plazo y/o la remisión de la sintomatología en pacientes con Miastenia Gravis. La Timectomía Robótica (RATS) permite realizar una Timectomía Radical acuciosa con las ventajas de los abordajes mínimamente invasivos respecto a morbilidad, mortalidad y estadía hospitalaria. Se muestra la experiencia de nuestro centro en Timectomía RATS, así como nuestros criterios de selección. **Material y Método:** Presentamos la experiencia inicial en Timectomía RATS en Clínica Santa María desde octubre de 2013. Esta corresponde a una experiencia pionera en nuestro país, siendo el primer centro en realizar resecciones del Timo por este abordaje en Chile. Se incluyen pacientes con tumores tímicos menores a 5 cm, Masaoka I clínico (en caso de Timoma), evaluado con Resonancia Magnética de Tórax estática y/o dinámica. **Resultados:** De un total de 4 pacientes (edad 58 años [34-80]), con diagnóstico de ingreso Timoma Masaoka I (4/4), el tamaño promedio fue de 37,25 mm (18-56) de diámetro mayor. Un caso se acompañó de Miastenia Gravis Osseman I. El diagnóstico patológico confirmó Timoma en 1/4 casos (Masaoka II), Hiperplasia Tímica en 2/4 y Quiste Tímico en 1/4. Los pacientes se operaron en decúbito dorsal con rotación de 30° derecha (2/4) e izquierda (2/4), dependiendo de la lateralización del tumor respecto de la línea media. Se utilizó neumotórax con CO₂ hasta 9 mmHg,

visión frontal y 2 brazos robóticos, uno de ellos con energía bipolar. Los tiempos promedio de Docking, Consola y Total fueron, 49, 83 y 133 min respectivamente. Los pacientes fueron enviados extubados a la Unidad de Paciente Crítico, con un tiempo de hospitalización global de 3 días (2-5). No existió morbilidad severa (grado > 2 de Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0) ni mortalidad. **Conclusiones:** Nuestra primera experiencia en Timectomía RATS muestra que un grupo seleccionado de enfermos, por tamaño y ausencia de compromiso vascular mediastínico, permite la resección completa del Timo, sin morbi-mortalidad atribuible con una corta estadía hospitalaria.

CL-41

ANÁLISIS DE MORBILIDAD EN LOBECTOMÍAS POR VIDEOTORACOSCOPIA. SERIE DE 34 PACIENTES EN CLÍNICA SANTA MARÍA. Fica M., Valenzuela R., Fernández P., Suárez F., Lobos J.L., Aparicio R. y Suárez C. Clínica Santa María.

Introducción: Lobectomía VATS es una técnica de resección pulmonar mayor validada como terapia oncológica en cáncer pulmonar etapa I y IIA, así como en un amplio espectro de patologías benignas. Sus principales dudas nacen de la evaluación del nivel N1 en cáncer pulmonar, la evaluación de los márgenes oncológicos en resecciones broncoplásticas y del riesgo de sangrado o lesión mediastínica en T3-T4 o post inducción. El presente trabajo evalúa en forma prospectiva la morbi-mortalidad postoperatoria en Lobectomía VATS. **Material y Método:** Se incluyen 34 Lobectomías VATS en forma consecutiva en Clínica Santa María entre diciembre de 2011 y julio de 2014, sin exclusiones. Se ingresó cada paciente en forma prospectiva a la base de datos database.cirurgiatorax.com, incluyendo información demográfica, funcional cardiopulmonar, operatoria, patológica y de seguimiento alejado. Todos los pacientes fueron evaluados con: Espirometría, DLCO, Ecocardiografía, Test de Esfuerzo o Eco Stress-Dobutamina y evaluación cardiológica. Los enfermos tabáquicos activos se derivaron a entrenamiento físico por al menos 7 días más suspensión tabáquica. La cirugía se realizó a través de 2 ó 3 puertos y Toracotomía de asistencia. En el postoperatorio los pacientes fueron monitorizados por 48 h en forma continua, y se consignó la aparición de morbilidad hasta 30 días según la Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0. Una morbilidad mayor a grado 2 se consideró severa. En caso de morbilidad múltiple, se consideró aquella de mayor grado. Se consideraron outcomes de interés la morbilidad global, severa y la mortalidad. El análisis de las variables se realizó en forma univariada. **Resultados:** La mediana de edad fue 65 años, 56% mujeres, causa neoplásica 85% y benigna 15%. La morbilidad total, severa y mortalidad postoperatoria fue 38%, 8,8% y 0% respectivamente. La morbilidad fue 76,9% de origen respiratorio o cardiovascular. Los casos severos fueron 2 de origen cardiovascular y 1 infeccioso. La hospitalización media fue de 4 días, 5 días si hubo morbilidad y 8 días si ésta fue severa. El análisis de variables preoperatorias e intraoperatorias no mostró asociación significativa con morbilidad o estadía hospitalaria. Existió diferencia significativa en la frecuencia de morbilidad global en pacientes bajo rehabilitación respiratoria (p < 0,029) **Conclusiones:** La Lobectomía VATS es una técnica segura en el periodo perioperatorio, con morbilidad adecuada y baja morbilidad severa, siendo las arritmias supraventriculares la principal causa de morbilidad severa.

CL-42

SECUESTRO PULMONAR, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA PULMONAR. Oropesa A., Hidalgo F. y Vidal A. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián.

Introducción: El secuestro pulmonar (SP) es una malformación congénita infrecuente, caracterizada por un segmento anormal de tejido pulmonar irrigado por una arteria sistémica

aberrante, sin comunicación con el árbol bronquial. Representa el 0,15-6% de las anomalías congénitas en este sistema; el 95% de los casos se ubica en el lóbulo inferior izquierdo (LII), aunque puede verse en cualquier lóbulo, incluir todo el pulmón o situarse bajo el diafragma. **Caso clínico:** Paciente mujer de 51 años con antecedente de Asma Bronquial en tratamiento sin historia de infecciones respiratorias a repetición. Es evaluada por un episodio de crisis bronquial donde se encuentra con disnea progresiva de 5 días de evolución asociado a tos escasa, seca, sin fiebre, ni otras molestias asociadas. **Diagnóstico:** Secuestro Pulmonar Intralobar. **Exámenes:** Radiografía muestra nódulo pulmonar en LII, por lo que inicia estudio complementario. Tomografía de tórax muestra en el LII una masa de 4 x 3 x 2 cm irregular, sólida e hipodensa, adosado a pleura; sin adenopatías ni lesiones óseas; destaca además arteria dependiente de aorta torácica. Fibrobroncoscopia resulta normal, y lavado bronquio-alveolar de LII para citología y cultivo de Koch, negativos. Comité de Tórax decide exploración quirúrgica. Vía toracotomía posterolateral izquierda, se libera LII y visualiza lesión de 5 cm. en segmento basal, con 2 arterias dependientes de la aorta. Se realiza lobectomía y sutura aórtica sin incidentes. Evoluciona favorablemente, sin disnea y escaso dolor. Biopsia informa: lóbulo 13 x 9 x 5,5 cm grisáceo, con bronquios engrosados, dilataciones quísticas, y vasos arteriales hamartomatosos; compatible con SP intrapulmonar. **Discusión:** El SP suele presentarse como neumatías infecciosas a repetición durante la niñez, o bien permanecer asintomático y ser un hallazgo imagenológico. Es de difícil diagnóstico y muchas veces se realiza intraoperatoriamente, o incluso en el postoperatorio con el estudio anatomopatológico. El tratamiento es quirúrgico, aunque se han publicado casos de embolización arterial e involución espontánea.

CL-43

FIJACIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURAS COSTALES CON PLACAS DE TITANIO: EXPERIENCIA PRELIMINAR. Fica M., Fernández P., Valenzuela R., Lobos JL., Aparicio R. y Suárez C. Clínica Santa María.

Introducción: Las fracturas costales son lesiones frecuentes en los traumatismos torácicos contusos. El manejo quirúrgico se hace cada vez más atractivo al contar con sistemas de fijación específicos con resultados iniciales favorables. **Material y Método:** Describir nuestra experiencia preliminar en estabilización costal quirúrgica mediante un sistema diseñado específicamente para este fin. Análisis retrospectivo de una cohorte consecutiva de pacientes en que se realizó fijación de fracturas costales con placas de titanio y tornillos bicorticales bloqueados (sistema Synthes Matrix Rib®) entre julio de 2012 y agosto de 2014. **Resultados:** Se realizó fijación costal en 23 pacientes, 20 hombres, edad promedio 59,4 años (31-83). 9 pacientes fueron fracturas intraoperatorias, 4 de estas fijación de costotomías de abordaje, 12 fracturas por trauma, 1 paciente con fractura costal espontánea y hernia pulmonar, y una estabilización de defecto post-resección costal. En la fijación de fracturas intraoperatorias (únicas) se utilizó una placa por paciente y 6 tornillos por placa, excepto en un paciente en que se realizaron 2 costotomías. Todos presentaron dolor mínimo en el postoperatorio. Las fracturas por trauma (52,17%), fueron en todos los casos unilaterales, múltiples y consecutivas. Habían lesiones intratorácicas asociadas en el 66,6% y extratorácicas en el 33,3%. La fijación se asoció a VTC exploradora en 7 pacientes y a toracotomía en 2. En 3 pacientes no se exploró la cavidad pleural, realizando exclusivamente la OTS costal sin abrir los espacios intercostales (al igual que en los casos de aseo por VTC). El promedio de estadía hospitalaria fue 4,8 días, con EVA 0 al momento del alta. No se observaron complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** La fijación de las fracturas costales mediante placas y tornillos de titanio es una buena alternativa en pacientes seleccionados, otorgando buen control del dolor, fácil aplicación y baja morbilidad.

CL-44

VALORACIÓN DE LA CONCORDANCIA EN LA INTERPRETACIÓN DE LA ALTERACIÓN ESPIROMÉTRICA ENTRE ECUACIONES DE REFERENCIA KNUDSON 1983 Y SER 2014. García R., Figueroa A. y Tobar F. CESFAM Juan Bautista Bravo Vega y Universidad Andrés Bello.

Introducción: Es de conocimiento que en Chile aún no existe consenso respecto a la utilización de ecuaciones de referencia espirométrica (ERE) para población chilena mayor de 18 años, lo que puede generar variación al momento de la interpretación de la alteración espirométrica y su graduación. En febrero de 2014 fueron publicadas las nuevas ERE propuestas por la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER), es por este motivo que se propuso como objetivo valorar la concordancia en la interpretación de la alteración espirométrica entre las ERE Knudson 1983 y SER 2014. **Material y Método:** Análisis retrospectivo de espirometrías realizadas entre mayo de 2012 y mayo de 2014 en pacientes del Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto del CESFAM Juan Bautista Bravo Vega (Villa Alemana). Se utilizó el equipo Datospir Micro C (Sibelmed, España), que cuenta con calibración según normas y revisiones técnicas periódicas. Las espirometrías fueron clasificadas de acuerdo a las recomendaciones SER (2006) según alteración espirométrica (normal, obstructiva y restrictiva). Para el análisis estadístico fue utilizado el coeficiente Kappa de Cohen, valorado según lo propuesto por Landis y Koch (1977). **Resultados:** Fueron revisadas 379 espirometrías que cumplieron con criterios SER (2006), correspondientes a 289 mujeres (rango 19-87 años) y 90 hombres (rango 19-82 años). La concordancia de alteración espirométrica entre Knudson 1983 y SER 2014 para la muestra completa fue de $K = 0,656$ (IC 95% 0,582-0,731). Para las mujeres la concordancia fue de $K = 0,622$ (IC 95% 0,532-0,711), mientras que para los hombres fue de $K = 0,744$ (IC 95% 0,614-0,874). Al establecer dos rangos etarios por género, se observó que las mujeres en el rango 19-53 años ($n = 116$) presentaron una concordancia de $K = 0,474$ (IC 95% 0,231-0,716), mientras que para el rango 54-87 años ($n = 173$) fue de $K = 0,618$ (IC 95% 0,516-0,720). Por su parte, los hombres en el rango 19-50 años ($n = 28$) presentaron una concordancia $K = 0,521$ (IC 95% 0,214-0,827), mientras que para el rango 51-82 años ($n = 62$) fue de $K = 0,811$ (IC 95% 0,675-0,946). **Conclusiones:** La concordancia en la alteración espirométrica entre Knudson 1983 y SER 2014 tanto para la muestra completa, como para mujeres y hombres por separado, fue valorada como "considerable". Al analizar ambos géneros según rango etario, se observó que la concordancia más baja se presenta en mujeres rango 19-53 años valorada como "moderada", mientras que la más alta se observa en los hombres rango 51-82 años valorada como "casi perfecta".

CL-45

¿SON APLICABLES LAS ECUACIONES DE REFERENCIA ESPIROMÉTRICAS GLI- 2012 A LA POBLACIÓN CHILENA ADULTA? Gutiérrez M., Cortés M., Valdivia G., Villarroel L., Contreras G., Cartagena C. y Lisboa C. Hospital Naval de Viña del Mar, Universidad de Valparaíso, Pontificia Universidad Católica de Chile, Asociación Chilena de Seguridad de Santiago, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

Introducción: La espirometría es una herramienta fundamental para el estudio diagnóstico y control de los pacientes con enfermedades respiratorias, siendo importantes tanto en el ámbito clínico como en el de investigación. Estudios demuestran que existen diferencias entre grupos étnicos, por lo que hace recomendable disponer de ecuaciones de referencia espirométricas (ERE) específicas para cada población. Sin embargo, el año 2012, Quanjer et al, publican valores de referencia espirométricos multiétnicos para todo el rango de

edades. GLI 2012, Iniciativa Global para la Función Pulmonar, provee valor promedio y límite inferior de normalidad (LIN) para cada parámetro. Los autores concluyen que estas ERE son aplicables a nivel mundial para población entre 3 y 95 años. **Objetivos:** El propósito de este trabajo es evaluar si estas ecuaciones son aplicables a población chilena adulta sana. **Material y Método:** Se compararon valores espirométricos de adultos sanos no fumadores, no obesos, (V Región y Área Metropolitana de Chile), utilizados para el cálculo de valores de referencia espirométricos nacionales (Gutiérrez 2014), con las ecuaciones GLI-2012, mediante software diseñado por GLI (www.lungfunction.org/files/InstallGLI2012_DataConversion.EXE). Se incluyeron los datos de 448 hombres de 19 a 84 años y 726 mujeres de 19 a 94 años, determinando Z-score promedio, la desviación Standard y el porcentaje de sujetos de la muestra que quedan bajo el LIN. **Resultados:**

	Mujeres			Hombres		
	zVEF ₁	zCVF	zVEF ₁ /zCVF	zVEF ₁	zCVF	zVEF ₁ /zCVF
Promedio	0,33	0,46	-0,27	0,23	0,38	-0,23
DS	1,02	0,97	0,80	0,96	0,94	0,91
% < LIN	2,46	1,57	6,94	2,75	1,65	4,68
% < LIN Knudson	1,2	0,6	8,1	0,9	0,2	11,2

Conclusiones: El ajuste perfecto de las ecuaciones GLI-2012 a nuestra población correspondería a un Z score = a 0 con DS = 1, quedando bajo el LIN el 5% de la muestra. Comparadas con las ecuaciones Gutiérrez 2014, las ecuaciones GLI tienden a subvalorar a nuestra población. Gutiérrez 2014 obtiene valores más altos de CVF y VEF₁, especialmente en mujeres. Su aplicación en Chile tendería a subestimar alteraciones restrictivas y sobrestimar alteraciones obstructivas, aunque en menor grado que lo observado con Knudson (última fila de la Tabla). La diferencia observada sugiere la conveniencia de evaluar la influencia de variables locales (antropométricas) en el desempeño de las ecuaciones GLI. Se propone incluir los valores espirométricos nacionales al grupo GLI.

CL-46

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA ALTA Y ASMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. Pino C., Irazoqui P., Guerra C. y Vallejo P. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción o historia del caso: Se presenta caso de mujer V.C.T., 35 Años, no tabáquica, sin rinitis, no refiere reflujo gastroesofágico, sin antecedentes quirúrgicos ni de intubación. Sin antecedentes mórbidos. Con diagnóstico de Asma realizado en atención primaria el 2013, en tratamiento con beta 2 agonista de acción corta, larga y corticoides inhalados. Actualmente cursando embarazo de 33 semanas feto único. Fue derivada a broncopulmonar en Instituto Nacional del Tórax por persistencia de disnea progresiva mMRC 3 pese a tratamiento y crisis obstructivas manejadas ambulatoriamente, normotensa, sin evidencias de infección, sin anemia importante y sin eosinofilia periférica. Al examen físico sin congestión nasal, sin estridor, respiración prolongada a la auscultación pulmonar. **Diagnóstico:** Su evaluación funcional mostró que los valores espirométricos no eran consecuentes con la situación clínica por lo que se realiza curva flujo volumen que resulta aplanada y de acuerdo a los criterios de Polverino correspondiendo a una obstrucción extratorácica fija leve de la vía aérea. **Exámenes:** Se realiza ecocardiograma que resulta normal. Se decidió realizar un estudio endoscópico de la vía aérea superior que mostró una estenosis traqueal sublingea que impedía el paso a distal del fibrobroncoscopio. El origen de la estenosis se atribuyó a una malformación congénita y se propuso para resolución quirúrgica. **Comentarios:** Si bien el asma puede cursar inter-

crisis con función pulmonar normal la paciente refería disnea importante con estudio espirométrico normal y manifestaciones clínicas de obstrucción de la vía aérea lo que obligaba a un estudio de la vía aérea funcional y endoscópico. Además los estudios imagenológicos se encontraban limitados por su condición de embarazo. La presencia de estenosis traqueal congénita y su detección en la edad adulta es relativamente baja en nuestro medio por lo que se presenta este caso. Obstrucción de la vía aérea superior es un importante diagnóstico diferencial de asma atípica o que no responde a la terapia bien llevada. Una cuidadosa revisión de la curva flujo-volumen y de los estudios de imágenes puede llevar al diagnóstico.

CL-47

ECUACIONES DE REFERENCIA PARA PRESIÓN INSPIRATORIA MÁXIMA: FUENTES DE VARIABILIDAD. Bustamante A. y Borzone G. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La medición de la fuerza de los músculos respiratorios es de gran ayuda en el diagnóstico, control de la evolución y pronóstico de pacientes con diversas enfermedades respiratorias y neuromusculares. Frente a los resultados de un paciente en particular, nos encontramos con dificultades para su interpretación, ya que dependiendo de la ecuación de referencia elegida, se obtienen valores teóricos distintos. Nuestro objetivo fue identificar las fuentes de variabilidad de las principales ecuaciones de referencia para la presión inspiratoria máxima (PIM). **Material y Método:** Revisión de la literatura desde 1966 (Pubmed, palabras claves: respiratory muscle, strenght, measurement). **Resultados:** Analizamos 8 ecuaciones:

Autor, año	Edad	Población	Vol. Pulm inicial	Medición (PIM)	n sujetos	Manio-bras	Ej: 1,7 m-70 kg 70a, Masc/Fem
Black, 1969	20-54	Drs, técnicos	VR	Sostenida en 1s	120	2	105/68
Wilson, 1984	18-65	Colegio, staff hosp	VR	Sostenida en 1s	135	> 2	70/78
Vincken, 1987	16-79	Comunidad, sanos	VR	Sostenida en 1s	106	> 3	85/52
Bruschi, 1992	18-70	Comunidad	VR y CRF	Sostenida en 1s	625	> 4	47/44
Enright, 1994	65-85	Sanos y enfermos	VR y CRF	Peak en 2s	4.443	3-5	84/60
Harik-Khan, 1998	20-90	Sólo sanos	VR	Peak dp de 1s	267	máx 5	78/56
Mc Connell, 1999	59-84	Sanos entrenados	VR	Peak y prom 1s	41	4-5	110/90
Hautmann, 2000	59-84	Comunidad, sanos	VR	Sostenida en 1s	504	> 6	86/71

Conclusiones: Tres factores se asocian con la variabilidad de las ecuaciones de referencia para PIM: Factores que dependen de la técnica, de la población y de los datos antropométricos analizados. En relación a los datos antropométricos relacionados con la fuerza muscular inspiratoria, sólo hay consenso entre los investigadores en la importancia de la edad y del género. Algunas ecuaciones incorporan peso o IMC. Es recomendable elegir la ecuación de referencia proveniente de la población más parecida a la propia, obtenida con un instrumento similar y con igual forma de medir la PIM (peak, meseta o media máxima), hasta disponer de valores de referencia locales.

CL-48

EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL CON EJERCICIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. García R. CESFAM Juan Bautista Bravo Vega, Universidad Andrés Bello.

Introducción: La prueba de provocación bronquial con ejercicio (PPBE) es un examen de función pulmonar que se indica a pacientes que presentan síntomas de obstrucción bronquial asociados a la realización de ejercicio físico, donde exámenes de función pulmonar estáticos resultaron normales y sin respuesta a broncodilatador. El objetivo del presente estudio es evaluar la aplicación de un protocolo para la PPBE orientado a Atención Primaria de Salud (APS). **Material y Método:** El protocolo establece que para la correcta realización del test, se debe contar con un lugar adecuado y un profesional apto. Se debe contar con: una cinta sin fin (treadmill) con velocímetro, pinza nasal, balanza, tallímetro, cronómetro, pulsómetro, oxímetro de pulso, flujómetro Mini-Wright, termómetro ambiental y un higrómetro. Se debe solicitar al paciente que corra en el treadmill durante 6 min a velocidad entre 5 y 9 km/h, debiendo alcanzar el 80% de su FCmax durante los primeros 2 min, la que debe mantenerse hasta completar la prueba. Una vez finalizado el test, se debe medir PEF a los 1, 3, 5, 10, y 15 min post-ejercicio; establecer % de caída máxima del PEF (% CMPef); administrar broncodilatador después de 15 min post-ejercicio o tras alcanzar positividad del test; medir PEF 15 min post- β_2 agonista. Se alcanza positividad del test con un % de caída del PEF de 15% o más respecto a valor basal. Se realizó un análisis retrospectivo de PPBE realizadas entre abril de 2013 y julio de 2014 a pacientes adolescentes en estudio por asma inducida por ejercicio (AIE) pertenecientes al CESFAM Juan Bautista Bravo Vega (Villa Alemana, V Región). **Resultados:** Se analizaron 16 PPBE realizadas a 11 mujeres (14-19 años) y 5 hombres (14-19 años). Del total, 5 exámenes resultaron positivos (31,25%, 5 mujeres) y 11 negativos (68,75%, 6 mujeres y 5 hombres). El promedio del % CMPef para los exámenes positivos fue 29% y para los negativos un 5%. El protocolo para la PPBE diseñado para APS fue cumplido en un 100% en cada oportunidad. **Conclusiones:** La PPBE constituye una herramienta de gran utilidad para el diagnóstico del AIE, en especial para población adolescente. Se puede observar que los pacientes con positividad en el examen mostraron un % CMPef considerablemente mayor al 15%. La realización de la PPBE no generó eventos adversos en el paciente y permitió al médico efectuar un diagnóstico del AIE con mayor precisión. Se aconseja implementar el protocolo en APS que cuente con implementos necesarios para la realización de la PPBE.

CL-49

TRANSMOGRIFICACIÓN PLACENTARIA DEL PULMÓN. REPORTE DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Spencer ML., Ayres G., Fuentes J., Fernández F., Mucientes F., Fernández C. y González R. Anatomía Patológica, Cirugía Cardiorrástica, Facultad de Medicina, Hospital Clínico Regional de Concepción, Universidad de Concepción e Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La transmigración placentaria, descrita por primera vez en 1979, también conocida como lesión bulosa placentaria, es una enfermedad pulmonar benigna rara, con aproximadamente 30 casos en la literatura, cuyo origen y patogénesis se mantienen desconocidos. Puede presentarse radiológicamente asociada a bulas a nivel pulmonar y en menor frecuencia a quistes, nódulos, hamartomas y/o lipomas. Esta enfermedad es más frecuente en hombres usualmente desde la segunda a quinta década de la vida. La presentación clínica de esta enfermedad varía desde casos asintomáticos a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumotórax a repetición, bronconeumonía e incluso distress

respiratorio. Presentamos 3 casos clínicos diagnosticados en el Hospital Regional de Concepción, entre los años 2006 al 2014: dos hombres y una mujer de 29, 73 y 67 años que consultaron por disnea con neumotórax asociado en el caso de los hombres y la mujer por disnea progresiva de 1 año de evolución; siendo el diagnóstico definitivo de enfisema panacinar y transmigración placentaria focal en el primer caso; enfermedad bulosa, enfisema y transmigración placentaria en el segundo caso y fibrosis pulmonar patrón UIP y transmigración placentaria focal en el tercero. **Diagnóstico:** Histológicamente se observan estructuras papilares cubiertas por células epiteliales (pneumocitos hiperplásicos) similares a las vellosidades coriales que rodean al epitelio pulmonar. Los centros de estas papilas son edematosos o fibrosos, con proliferación vascular, células inflamatorias, tejido adiposo (el cual puede ser abundante) y células estromales sin atipia, con citoplasma claro. **Exámenes:** Radiológicamente su diagnóstico diferencial incluye enfermedad bulosa, como enfisema buloso, enfisema buloso gigante, nódulos pulmonares solitarios, hamartomas. **Comentarios:** En resumen la sintomatología de esta enfermedad benigna no es específica y las imágenes radiológicas generalmente presentan enfisema buloso con o sin formación de nódulos. Desde un punto de vista clínico, realizar un diagnóstico pre-operatorio es difícil y el diagnóstico está dado por el estudio microscópico de la pieza quirúrgica.

CL-50

HIPOXEMIA COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICO. Santana G., Fernández P., Peña C. y Zagolín M. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax. Servicio de Medicina Interna, Hospital San Borja Arriarán.

Introducción o historia del caso: El síndrome hepatopulmonar es una causa rara de hipoxemia caracterizada por enfermedad hepática y/o hipertensión portal asociada a dilataciones vasculares intrapulmonares y anomalías en la oxigenación arterial. **Caso clínico:** Mujer de 18 años, proveniente de Calbuco. Con antecedentes de retraso del desarrollo puberal y una cifoescoliosis severa, lo que motivó su traslado a Santiago para resolución quirúrgica. A su ingreso llaman la atención telangectasias faciales, cianosis central y desaturación. Al interrogatorio dirigido refiere disnea progresiva de 3 años de evolución, hasta mMRC 3. Del laboratorio general destacó una muy discreta elevación de las transaminasas, con estudio etiológico no concluyente. El angioTAC de abdomen mostró elementos sugerentes de una trombosis antigua de la vena esplénica, abundantes colaterales espleno-renales, várices esofágicas y un bazo levemente aumentado de tamaño, sin signos claros de daño hepático crónico; trombosis portal (-). La endoscopia digestiva alta confirmó las várices esofágicas. La gasometría arterial confirmó hipoxemia con aumento de la P (A-a) O₂ respirando aire ambiental, y se demostró una caída de la PO₂ al pasar desde posición supina a erecta. El ecocardiograma transtorácico excluyó la presencia de shunt intracardiaco. El ecocardiograma transesofágico con administración endovenosa de suero fisiológico agitado confirmó la vasodilatación pulmonar, con paso evidente y masivo de microburbujas, desde el cuarto latido. El estudio de shunt confirmó un 16% de shunt, con una PaO₂ < 300 mmHg al administrar FiO₂ 100%. El angioTAC de tórax no evidenció dilataciones vasculares ni comunicaciones a nivel de vasos pulmonares. Se realizó una biopsia hepática que no demostró alteraciones. El estudio está actualmente enfocado a las causas pre y posthepáticas de hipertensión portal. **Diagnóstico:** Síndrome hepatopulmonar. Síndrome de hipertensión portal no cirrótico. **Exámenes:** Gases arteriales, Ecocardiograma transtorácico y transesofágico, AngioTAC de tórax y abdomen, Biopsia hepática. **Comentarios:** La causa más frecuente de síndrome hepatopulmonar es la cirrosis hepática, sin embargo, 4-8% de los casos se presentan en pacientes con hipertensión portal no cirrótica.

CL-51

SHRINKING LUNG SYNDROME. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO. Díaz A., Ortega M., Aravena C. y Briceño C. Departamento Respiratorio, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción o historia del caso: Mujer de 54 años con Artritis Reumatoide diagnosticada hace 8 años, en tratamiento con Prednisona, Leflunomida y Azatioprina, con buen control. Se hospitaliza 1 año atrás por disnea progresiva, desde mMRC 0 hasta 4, asociado a dolor pleurítico izquierdo y retroesternal, encontrándose derrame pleural bilateral (exudado no complicado), derrame pericárdico, anemia leve normocítica, linfopenia, ANA y AntiDNA positivos y complemento bajo, hallazgos sugerentes de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), por lo que inicia terapia con dosis altas de corticoides y disminución progresiva, volviendo lentamente a su condición basal en el curso de 4 meses. Reconsulta por cuadro similar, con sinovitis de manos, afebril, disnea mMRC 4, dolor pleurítico, ortopnea, sin DPN, edema ni nicturia. Al examen físico impresiona disminución de la inspiración. Se solicita Tomografía Computada de Tórax (TC Tx) que muestra algunas atelectasias lineales, sin signos de tromboembolismo pulmonar y parénquima pulmonar sano. Ecocardiograma normal, sin signos de hipertensión pulmonar. **Diagnóstico:** *Shrinking Lung Syndrome* (SLS) en paciente con LES. **Exámenes:** PaO₂ 75 PaCO₂ 30,7 pH 7,44 HCO₃ 20,5; Hcto 39 Hb 13 g/dL, GB 4.600 RAN 3.800 RAL 500 Plaquetas 138.000, VHS 44, PCR 3,52, ANA 1/1.280 homogéneo, AntiDNA 1/20, Anticoagulante lúpico positivo leve. RPR, VHB, VHC, FR, ANCA negativos. Sedimento de orina compuesto con hematuria glomerular. Rx de Tórax: atelectasias lineales, resto normal. TC Tx sin TEP, ni otras alteraciones. Espirometría con patrón ventilatorio restrictivo avanzado. DLCO moderadamente disminuida con volumen alveolar bajo; PIM 36 y PEM 80. **Comentarios:** El SLS es una enfermedad rara, que afecta a pacientes con LES, aunque también se ha descrito en Síndrome de Sjögren. Tiene una baja prevalencia (0,6%), que podría ser mayor en pacientes con LES refractario (6%). Se presenta de forma variable en la evolución de un LES, desde 4 meses a 24 años, caracterizándose por disnea progresiva y dolor pleurítico, que se exacerba en decúbito supino. La etiopatogenia no está del todo clara y se ha postulado como actor principal la disfunción del diafragma, secundaria a varios eventos facilitadores. El tratamiento se basa en la inmunosupresión, siendo los corticoides la terapia de primera línea. Se pueden asociar otros inmunosupresores tales como Metotrexato, Azatioprina o Leflunomida. Los Anticuerpos Anti CD20 como Rituximab, son una terapia probada en series de casos de pacientes refractarios. El pronóstico funcional con el tratamiento es bueno.

CL-52

INHALACIÓN DE DROGAS: UNA CAUSA INUSUAL DE HEMOPTISIS. Azócar C., Nahuelpan B., Colima R., Mora F., Yáñez J. y Aguayo M. Servicio de Medicina Interna Hospital Clínico Regional de Concepción.

Introducción o historia del caso: Hombre de 29 años, cuidador de autos, fumador de 15 paquetes/año, consulta en el servicio de urgencias del HCRC por dos episodios de hemoptisis franca escasa, tos húmeda y compromiso del estado general. Destaca que estos episodios se produjeron algunas horas después de una inhalación masiva de pasta base de cocaína. Al examen físico no se encontraron hallazgos patológicos. **Diagnóstico:** Hemoptisis en estudio. **Exámenes:** Los exámenes generales fueron normales, al igual que la radiografía de tórax. El TAC de Tórax de alta resolución mostró múltiples nódulos centrolobulillares e imágenes de árbol en brote especialmente hacia los lóbulos inferiores. Se realiza una videobroncoscopia en forma diferida, encontrándose restos de cenizas y partículas de combustión en toda la vía aérea, especialmente hacia los bronquios lobares y segmentarios basales. El lavado bronquio alveolar es de aspecto

opalescente gris, con partículas en suspensión, manteniéndose así después de varios lavados. Los cultivos bacterianos, baciloscopias, cultivo de Koch y PCR para *M. tuberculosis* del lavado fueron negativos. **Comentarios:** En este caso la sospecha inicial fue de una hemoptisis de causa infecciosa, específicamente por tuberculosis, tratándose de un hombre joven de un nivel socioeconómico bajo y con escasa clínica. Después de que se realizó el estudio invasivo y microbiológico resultó ser negativo se concluyó que la causa de la hemoptisis fue por la inhalación masiva de pasta base de cocaína que el paciente tuvo la noche antes de la consulta. Está descrita la hemoptisis por inhalación de cocaína y crack ya hace años, a pesar de que no es frecuente. Los hallazgos radiológicos son variables pero uno de los descritos son los nódulos centrolobulillares y el árbol en brote, encontrados en este paciente. Resulta evidente además después de ver el aspecto macroscópico del lavado bronquio alveolar, con las partículas de la combustión en suspensión. Presentamos este caso para que se considere como una causa inusual de hemoptisis, considerando que el consumo de drogas es una realidad en aumento. Desde luego siempre descartando antes las causas infecciosas primero, que en nuestro país son prevalentes.

CL-53

HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: REPORTE DE UN CASO. Beltrán M., Fuentes AM., Cea X., Ferrada M., Cerda C. y Solís N. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Universidad de la Frontera, Temuco.

Introducción o historia del caso: La hemosiderosis pulmonar idiopática (HPI) es un desorden raro y grave, caracterizado por hemorragia alveolar difusa. La etiología es desconocida y el pronóstico impredecible, requiriendo un tratamiento prolongado. En la mayoría de los pacientes se diagnostica en la primera década de la vida, predominando en el sexo masculino. Esta condición se presenta en ausencia de otras enfermedades asociadas a hemorragia pulmonar. La clínica es secundaria al sangrado intra alveolar difuso, siendo la clásica tríada anemia, hemoptisis e infiltrados pulmonares, con crisis de hemoptisis que pueden ser de gran magnitud, poniendo en riesgo la vida del paciente. **Caso clínico:** Paciente previamente sana que a los 3 años cursó cuadro de diarrea y vómitos de varios días de evolución por lo que consultó. Al ingreso se pesquió anemia grave e insuficiencia respiratoria aguda. Se hospitalizó muy pálida, polipneica, saturando 88%, con intensa retracción subcostal y aleteo nasal, murmullo respiratorio disminuido globalmente y crepitaciones en base derecha. Radiografía de tórax al ingreso mostraba opacidades nodulares bilaterales de predominio derecho, hematocrito 12%, hemoglobina 3,6 g/dl, test de Coombs directo negativo. Se solicitó de forma diferida hemoderóforos en desgarrado, con resultado positivo y lavado broncoalveolar con un 80% de macrófagos cargados con hemosiderina (tinción azul de Prusia: positivo). Exámenes inmunológicos (-), IgE para leche de vaca (-), estudio cardiológico y función renal normales, baciloscopias (-). Se atendió en UCI pediátrica con transfusiones repetidas y corticoides en dosis altas. Control radiografía de tórax a los 7 días con disminución de opacidades bilaterales. Se da de alta. La paciente, que hoy tiene 20 años y es madre de un hijo, se ha mantenido en control ambulatorio con tratamiento corticoideal, sin recaídas ni nuevas hospitalizaciones y en buenas condiciones generales. **Diagnóstico:** Hemosiderosis pulmonar idiopática. **Exámenes:** Hemosideróforos en expectoración, con resultado positivo y lavado broncoalveolar con un 80% de macrófagos cargados con hemosiderina. El diagnóstico fue realizado en base a los antecedentes clínicos, no se realizó biopsia confirmatoria. **Comentarios:** La HPI es una condición que se caracteriza clásicamente por la tríada de anemia, hemoptisis y opacidades intersticiales pulmonares, siendo necesario para el diagnóstico la presencia de hemosideróforos mayor a 20% en el lavado broncoalveolar, sin evidencias de enfermedades reconocidamente asociadas a hemorragia pulmonar. La sospecha temprana favorece el tratamiento oportuno y los buenos resultados terapéuticos.

CL-54

MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS PULMONARES Y MANEJO ENDOVASCULAR: REPORTE DE UN CASO. Saavedra M., Sandoval J., Arancibia F., López J. y Sabbagh E. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción o historia del caso: Paciente mujer de 16 años de edad, proveniente de San Vicente sin antecedentes morbidos. Consulta en marzo de 2013 en el Servicio de Urgencia del Hospital de San Vicente por cuadro de lumbalgia aguda. En control de signos vitales destaca una SaO₂ de 88-90% con aire ambiental. Se solicita una radiografía de tórax que describe la presencia de una lesión a nivel de LSI, motivo por el cual se solicita una TAC de tórax con contraste. El estudio evidencia la presencia de una masa en tercio medio del hemitórax izquierdo que capta la presencia de medio de contraste. En este contexto se deriva al Instituto Nacional del Tórax (INT) para completar estudio y definir tratamiento. La paciente es evaluada por cirugía de tórax en INT en abril de 2013 donde al interrogatorio dirigido se pesquiza la presencia de disnea a grandes esfuerzos desde la niñez, la cual aumentó con el paso de los años hasta hacerse de pequeños esfuerzos en los últimos meses. Del control de signos vitales destaca SaO₂ de 87-90% con aire ambiental, frecuencia cardíaca de 87 latidos/minuto, presión arterial de 95/56 mmHg, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones/minuto y T° = 36° C. Al examen físico se describe una paciente en buenas condiciones generales, con presencia de cianosis de labios y mucosas. El examen cardiopulmonar no presenta alteraciones, sin otros hallazgos relevantes en el resto del examen físico. La espirometría fue normal, el ecocardiograma de superficie fue normal y la endoscopia digestiva alta describe la presencia de lesiones compatibles con angiodisplasia a nivel del cuerpo gástrico. El caso fue evaluado de forma conjunta con el equipo de hemodinamia para evaluar alternativas terapéuticas. **Diagnóstico:** Malformaciones arteriovenosas pulmonares múltiples, Síndrome de Rendu-Osler-Weber. **Exámenes:** Rx tórax, TAC de tórax, espirometría, ecocardiograma, EDA y angiografía. **Comentarios:** Durante la hospitalización se realiza angiografía pulmonar, la cual objetiva la presencia de una malformación arteriovenosa pulmonar (MAVP) compleja en LII. Se decide proceder a embolización utilizando 3 dispositivos de tipo AMPLATZER®, post procedimiento la SaO₂ aumenta a 98% con aire ambiente. Las malformaciones arteriovenosas pulmonares son anomalías poco frecuentes del pulmón, que entrañan un riesgo considerable de complicaciones graves. Actualmente, los avances tecnológicos permiten que la embolización percutánea sea segura y se logren buenos resultados incluso en casos de MAVP complejas.

CL-55

HEMOPTISIS RESUELTA POR EMBOLIZACIÓN EN PACIENTE USUARIO DE ANTICOAGULANTE ORAL. Lagos M., De La Fuente M., Cerda J., Pereira G., León B., Fuenzalida M., Cataldo P. y Chahuán J. Servicio de Radiología, Servicio de Medicina, Hospital Dipreca.

Introducción: Paciente de sexo masculino, 61 años con antecedentes de bronquiectasias, síndrome de Ollier, recambio valvular mitral en tratamiento anticoagulante oral (TACO), FA paroxística e hipotiroidismo secundario a I¹³¹, consulta en servicio de urgencia por cuadro de una hora de evolución de episodio aislado de expectoración hemoptoica sin factor desencadenante evidente, disnea ni fiebre, tampoco asociación a accesos de tos u otro síntoma respiratorio. A su ingreso se controlan pruebas de coagulación, destacando INR en rango supratrapéutico. **Diagnóstico:** Inicialmente se plantea hemoptisis de origen farmacológico (usuario de TACO) en el contexto de paciente con bronquiectasias, sin embargo, al lograr normalización de INR vuelve a presentar episodio de tos con expectoración hemoptoica de escasa cuantía, manteniendo hemodinamia estable y sin repercusión hematológica. Tras realización de exámenes y procedimientos diagnósticos

se concluye diagnóstico de hemoptisis secundaria a lesión endobronquial de segmento posterior de lóbulo inferior izquierdo. **Exámenes:** A su ingreso, aún con rango de INR supratrapéutico se realiza TAC de tórax que evidencia: imágenes de vidrio esmerilado difuso a nivel de los lóbulos posteriores y en lóbulo medio, área de árbol en brote y tractos fibrosos seculares a nivel de la base izquierda. Una vez normalizado valor de INR y habiendo suspendido anticoagulación parenteral. Se realiza Fibrobroncoscopia que muestra: sangrado de Lóbulo inferior izquierdo segmentario basal postero-medial con sangre roja y coágulo adherido. Posteriormente se realiza nuevo TAC de tórax sin contraste que muestra imagen de sangrado activo en lóbulo inferior izquierdo, con imagen sugerente de aspiración de sangrado en lóbulo superior derecho e imagen de ocupación de bronquiolo izquierdo. En lavado bronquiolo-alveolar: Gram sin bacterias y baciloscopia negativa. Se realiza nueva fibrobroncoscopia: sangre roja en árbol bronquial derecho que tras lavado no evidencia sangrado activo. En árbol bronquial izquierdo se observa coágulo organizado en lóbulo inferior izquierdo, el cual se libera generando sangrado activo desde pirámide basal. Se cohibe con Adrenalina y suero fisiológico frío y se deriva para embolización realizándose en 2 de las 3 eventuales arterias responsables. **Comentarios:** Tras realizar embolización arterial, paciente mantiene estabilidad clínica, decidiéndose controlar con nueva fibrobroncoscopia que no evidencia perpetuación de sangrado por lo que se inicia traslape a anticoagulación oral exitosamente, sin nuevos episodios de hemoptisis. Se realiza seguimiento post alta, actualmente en segundo mes post embolización, constatándose favorable evolución sin nuevos episodios de hemoptisis.

CL-56

CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPELURAL CON SANGRE AUTÓLOGA Y TETRACICLINA. Yáñez J., González R., Leiva C., Canario N., Nahuelpan B., Hammeau R., Azócar C., Aguayo M., Mora F. y Salazar F. Departamento de Medicina Interna, Universidad de Concepción.

Introducción: Paciente de 65 años, procedente de Chillán donde se efectuó cirugía de quiste hidatídico en LII realizándose quistectomía. Evoluciona en post operatorio con hidroneumotórax y persistencia de salida de aire por drenaje pleural. Se solicita TAC de tórax que muestra elementos compatibles con una fístula broncopelural por lo que se deriva a Hospital Regional de Concepción para realizar manejo quirúrgico de fístula. Evaluada por cirugía de tórax se define intentar cierre con sangre endoscópico con sangre autóloga y tetraciclina. Se efectúa vía fibrobroncoscopia con un catéter de arteria pulmonar que se introdujo por el canal de trabajo dirigiéndose hacia los segmentos basales del LII, se infló balón y se introdujo por canal de trabajo 100 cc de sangre del paciente y 1 g de tetraciclina disuelto en 50 ml de suero salino isotónico. Posteriormente se dejó por 10 min inflado y se retiró el catéter y el fibrobroncoscopio. Del punto de vista clínico disminuye sintomatología no evidenciándose fuga de aire y la radiografía de tórax de control muestra regresión significativa de los niveles hidroaéreos. **Diagnóstico:** Fístula broncopelural. **Exámenes:** TAC de tórax nivel hidroaéreo lóbulo superior izquierdo e inferior. **Comentarios:** Se presenta la experiencia de un cierre exitoso de una fístula broncopelural que se desarrolló en relación a una cirugía de quiste hidatídico pulmonar.

CL-57

ENDOSONOGRFÍA BRONQUIAL CON ASPIRACIÓN POR AGUJA FINA (EBUS-TBNA): EXPERIENCIA INICIAL EN CHILE. Labarca G., Canals S. y Fernández-Bussy S. Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

Introducción: Dentro de los métodos mínimamente invasivos como alternativa para el diagnóstico y etapificación de lesiones pulmonares sospechosas de neoplasia, se encuentra la endo-

sonografía bronquial con aspiración por aguja fina (EBUS-TBNA). El objetivo principal de este trabajo es describir el rendimiento del EBUS-TBNA como método diagnóstico y de etapificación de lesiones pulmonares sospechosas. **Material y Método:** Estudio prospectivo, descriptivo de pacientes sometidos a EBUS+TBNA como método diagnóstico o con indicación de etapificación de cáncer pulmonar. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años entre julio de 2010 y agosto de 2013. Se registraron variables demográficas, características radiológicas mediante TAC de tórax (morfología, márgenes de la lesión, tamaño de la lesión y ubicación según el mapa de Mountain y Dresler). Se consideró una biopsia positiva para neoplasia como diagnóstica, sin tener que realizar una segunda biopsia quirúrgica. En los casos que EBUS+TBNA no fue diagnóstica, se buscó el procedimiento diagnóstico definitivo definido como Gold estándar (cirugía mediante videotoracoscopia o mediastinoscopia), en los casos en los cuales la lesión no fue diagnóstica por ningún método, se consideró como Gold estándar el seguimiento por al menos 6 meses con escáner de tórax. **Resultados:** Se incluyeron 134 pacientes con procedimiento diagnóstico y 145 para etapificación. 56% de los pacientes eran hombres, con edad promedio de 63,64 años, el 23% eran lesiones menores de 10 mm, la forma redonda y márgenes regulares fueron las más frecuentes (43 y 56% respectivamente). El 97% de los procedimientos diagnósticos EBUS+TBNA fue capaz de confirmar o descartar cáncer y en el 94,4% fue capaz de confirmar o descartar compromiso secundario. El diagnóstico histológico más frecuente fue adenocarcinoma. **Conclusiones:** EBUS+TBNA es una herramienta diagnóstica con buenos resultados en lesiones sospechosas de cáncer pulmonar y es una herramienta útil para la etapificación del cáncer pulmonar.

CL-58

USO OMALIZUMAB EN ASMA DIFÍCIL CONTROL (ADC): INFORME PRELIMINAR. Parada MT. y Moyna I. Centro de Enfermedades Respiratorias, Clínica Las Condes.

Introducción: El ADC constituye un grupo de pacientes caracterizados por uso frecuente de esteroides, mala calidad de vida y requerimientos frecuentes del sistema de salud. El definir fenotipo asmático permite identificar un tratamiento específico y disminuir efectos colaterales asociados al tratamiento. El omalizumab, un anticuerpo humanizado anti IgE, estaría indicado en pacientes con fenotipo: atópico severo, eosinofílico e hipersensibilizado a IgE (*Eur Respir J* 2014; 43: 343-373). **Objetivos:** En paciente asmático no controlado medir efecto de omalizumab sobre uso de esteroides orales, atención de urgencia y calidad de vida. **Material y Método:** A portadores de ADC, con hipersensibilización a IgE se realiza administración de Omalizumab de acuerdo a Tabla (peso e IgE) por al menos 4 meses. No se modifica su terapia de esteroides inhalados. Se evalúa: test control asma (ACT), uso de esteroides orales, consultas de urgencia y flujometría domiciliaria. **Resultados:** Informe preliminar: tres pacientes completan seguimiento entre 4 a 18 meses post administración de Omalizumab. Edad \bar{x} 54 años (r 43 a 70), tiempo de evolución de asma \bar{x} 18 años, IgE total r 320 a 2.200 UI/ml, la dosis de corticoides orales \bar{x} 20 mg pre tratamiento, dos pacientes tuvieron 8 atenciones en servicio de urgencia en 6 meses. Post 4 meses de administración de Omalizumab se observa disminución de atención de urgencia total 1 episodio, se ha mejorado calidad de vida según cuestionario ACT y no se han presentado efectos colaterales a la fecha. Los resultados se muestran en la tabla: Uso de omalizumab en pacientes asmáticos hipersensibilizados.

Paciente	IgE basal UI/ml	Δ PEF domiciliario %		Prednisona mg		ACT	
		Pre	Post 4 m	Pre	Post 4 m	Pre	Post 4 m
1	2.200	39%	10%	20 mg	0	8	21
2	320	28%	10%	25 mg	0	9	18
3	389	22%	11%	15 mg	0	18	21

Conclusiones: Se ha observado suspensión de esteroides orales post 4 meses de tratamiento, se ha mejorado calidad de vida según cuestionario ACT y ha disminuido atención en servicio de urgencia.

CL-59

EVOLUCIÓN CLÍNICO FUNCIONAL EN PACIENTES PORTADORES DE HIPOPLASIA PULMONAR. Kreft J., Guarda ME. y Escobar AM. Unidad de Enfermedades Respiratorias, Hospital Roberto del Río.

La hipoplasia pulmonar (HP) es una anomalía congénita donde existe un incompleto desarrollo del tejido pulmonar. Puede ser de forma primaria o secundaria a una hernia diafragmática, alteraciones vasculares cardíacas u otros. **Material y Método:** Se realizó un análisis de casos de pacientes portadores de HP en control en la unidad de Broncopulmonar del Hospital Roberto del Río. Para el análisis se consideraron todos aquellos pacientes mayores de 4 años que estaban en control regular (al menos control anual) entre abril del año 2012 y marzo de 2013. Se registró: motivo de derivación a la unidad de broncopulmonar, hospitalizaciones de causa respiratoria, existencia de diagnóstico de asma y tratamiento, existencia de limitación al ejercicio, episodios bronquiales obstructivos en los últimos 12 meses. **Resultados:** Se reclutaron 11 pacientes, con un promedio de edad de 11,1 años, 9 de ellos de sexo femenino, 10 con HP secundaria. Ocho niños registraron hospitalizaciones en el primer año de vida por causa respiratoria (neumonías y síndrome bronquial obstructivo), tres de ellos registraron más de una hospitalización en ese período. Dentro del estudio por imágenes todos contaron con Rx tórax y 10 con TC tórax, en ambas se confirmó la HP. A todos se les realizó espirometría y en 10 de ellos resultó alterada encontrándose: 4 pacientes con patrón restrictivo (1 leve, 2 moderados y 1 severo), al igual que 4 con limitación obstructiva (1 con limitación obstructiva mínima y 3 leve) y 2 pacientes con un patrón mixto al usar valores de Gutiérrez et al. Todos sin hospitalizaciones en el último año, pero tres pacientes presentaron episodios obstructivos (1 crisis asmática y 2 SBO). Diez pacientes contaban con ecocardiografía que no mostraba hipertensión pulmonar. Ninguno de los niños refería limitación para realizar actividad física. **Conclusiones:** Pacientes portadores de HP pueden presentar problemas respiratorios más frecuentes el primer año de vida y una función pulmonar alterada sobre los 4 años de vida, pero sin repercusión en su actividad física.

CL-60

EVENTOS DE HIPOXEMIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS CON < DE 32 SEMANAS AL NACER PREVIO AL ALTA. Morgues M., Vernal P., Valdés I., Fernández A. y Palomino MA. Hospital San José y Hospital Roberto del Río. Universidad de Chile.

Introducción: Los prematuros presentan eventos de hipoxemia (EH) en período de crecimiento y de coordinación succión-deglución, con frecuencia máxima a las 4 y menor a las 8 semanas de vida. La oximetría continua de pulso (OCP) > 12 h identifica estos eventos, no existiendo claridad de rangos normales en prematuros estables. **Objetivo:** Describir presencia, características de EH en prematuros, rangos normales en prematuros estables < 32 semanas en OCP cercana al alta. **Material y Método:** Estudio de cohortes prospectivo y observacional. Se definió evento severo: saturación < 80% > 20 seg, sin bradicardia, palidez o hipotonía; evento leve a moderado: saturación 80-90% > 20 seg, sin bradicardia, palidez o hipotonía. Se analizaron 581 OCP de 304 prematuros < 32 semanas y/o < 1.500 g de Hospital San José (2010 y 2013), realizados en niño estable, contemplando 2 alimentaciones y el sueño, curva ascendente de peso y cercano al alta, con o sin oxígeno. Los niños inestables fueron analizados separadamente. Las OCP se realizaron con monitor Nellcor 595, Profox. Se utilizó STATA 12, con diferencia signifi-

cativa $p < 0,01$ (Bonferroni). **Resultados:** Con promedio de edad gestacional de 29 ± 2 semanas y peso de nacimiento 1.240 ± 310 g, OCP realizadas promedio 36 ± 3 semanas de edad gestacional corregida, coincidiendo con 56 ± 27 días de vida. El tiempo de registro promedio fue $14,9 \pm 6,2$ h, con diferencias significativas en promedios de saturación, episodios y EH por hora de registro ($p < 0,000$).

Cohortes RN < 32 sem	% Sat promedio	Edad 1ª OCP días	EG OCP sem	n episo- dios < 80-90%/h Media \pm SD	n de even- tos < 80%/h Media \pm SD
Estables	$97,4 \pm 1,4$	$41,5 \pm 24$	$35,7 \pm 3$	$1,98 \pm 2,7$	$0,3 \pm 0,9$
Inestables sin DBP (inmadurez fisiológica)	$96,5 \pm 1,6$	$75,4 \pm 30$	$36,6 \pm 3$	$3,3 \pm 3,8$	$1,1 \pm 1,9$
Inestable con DBP	$95,7 \pm 1,9$	$60,7 \pm 22$	$35,2 \pm 4$	$9,8 \pm 11,2$	$2,2 \pm 2,8$

Conclusiones: La OCP de prematuros estables en aire ambiental permitieron establecer parámetros de normalidad de referencia, arrojando promedio de saturación 97,4%, no más de 2 a 4 episodios y nunca más de 1 evento de hipoxemia < de 80% por hora de registro. Los EH se observaron más frecuentemente en pacientes con inestabilidad respiratoria por inmadurez o DBP. La OCP identifica estabilidad respiratoria ayudando en la decisión del alta.

CL-61

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR. HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN. Soto S., Rojas C., Niklitschek S., Venturelli T. y Aguilar S. Departamento de Estadística Universidad de Concepción, Servicio de Neonatología y Unidad de Respiratorio Infantil, Hospital Regional de Concepción.

Introducción: La Displasia Broncopulmonar (DBP) es la enfermedad pulmonar neonatal crónica más frecuente. La prevención y manejo del distress respiratorio del RN incluye el uso de corticoides antenatal y surfactante postnatal. La mayor sobrevivencia de RN prematuros extremos entre 24-26 semanas de gestación y/o con peso de nacimiento < 1.000 g, significa un riesgo de DBP de 50% y un 10% si el peso es > a 1.500 g. **Material y Método:** El objetivo de esta revisión fue identificar las características y/o antecedentes de los niños prematuros con diagnóstico de DBP del Hospital Regional de Concepción (HRC). Se registraron tarjetones de control en policlínic y epicrisis al alta del Servicio de Neonatología. **Resultados:** De 264 prematuros con DBP, 96 permanecen en control activo. La mediana de la edad gestacional (EG) fue 27 semanas ($m = 24$, $M = 36$), con un peso de 917 g ($m = 540$, $M = 2240$) y una talla de 35 cm ($m = 30$, $M = 43$), 55% sexo masculino, 73% adecuado para la edad gestacional, apgar 1'5- 5'8, 20% sin patología del embarazo, 87% parto único, 74% parto cesárea de urgencia, 79% uso de corticoide prenatal, 31% necesitó maniobras de reanimación, 26% sufrimiento fetal, 19% rotura prematura de membranas, 100% uso de O_2 con FiO_2 máximo 50% ($m = 0,1$, $M = 100$), mediana uso de O_2 fue 53 días ($m = 1$, $M = 189$), 16 niños con O_2 al domicilio, mediana de 12 días con ventilación mecánica ($m = 0$, $M = 120$), 82% uso de CPAP por 10 días ($mín = 0$, $máx = 68$), 89% usó surfactante, 49% sólo una dosis, 55% con ductus arterioso persistente, 89% presentó enfermedad de membrana hialina EMH, hiperbilirrubinemia 70% y 39% anemia, en 55% de los pacientes del grupo de control activo se realizó saturación de O_2 previo alta siendo en el 35% de ellos, normal con mediana de 96,7% ($m = 90,6$, $M = 99,1$). Sospecha de sepsis en 32% y sepsis comprobada en 32%. 11 pacientes presentaron Virus Respiratorio Sincicial (+), 21 infección por bordetella. **Conclusiones:** El grupo de prematuros con DBP en el HRC, se caracteriza por una EG de 27 semanas, AEG, producto de parto único por cesárea

de urgencia, con uso de corticoides prenatal, con rotura arterial de membranas, acompañado de EMH y uso de surfactante más CPAP, con infección post alta por *Bordetella pertussis* y virus respiratorio sincicial principalmente, lo que concuerda con lo descrito a nivel nacional.

CL-62

EFFECTO DE LA COMPRESIÓN E INSUFLACIÓN MANUAL EN EL FLUJO MÁXIMO DE TOS EN PACIENTES CON ATROFIA ESPINAL TIPO II. Villarroel G., Damiani F., Jalil Y. y Paiva R. Programa AVNI-MINSAL.

Introducción: Los pacientes con atrofia espinal tipo II (AMEII) se caracterizan por tener debilidad muscular progresiva a nivel de los músculos respiratorios lo que afecta la eficacia de la tos, favoreciendo un aumento en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes. La eficacia de la tos puede ser mejorada a través de distintas técnicas de asistencia. **Objetivos:** Evaluar el efecto de tres diferentes técnicas de tos asistida sobre el flujo peak de tos. **Material y Método:** Se evaluaron 11 niños con AMEII pertenecientes al programa de asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI) de la región metropolitana que se encontraban en una misma fase de severidad de la enfermedad. Se excluyeron pacientes que presentaran exacerbación respiratoria durante el estudio y aquellos que no aceptaron el consentimiento informado. Se registró edad y sexo; función pulmonar como Presión inspiratoria máxima (PIM), Presión espiratoria máxima (PEM), CVF, VEF₁ y Flujo Peak de Tos basal (FPT basal). La Evaluación del FPT se realizó a través de una interfase nasobucal conectada a un flujómetro mini-Wright. Se realizaron 3 intervenciones para asistir la tos a cada paciente: técnica de compresión manual torácica (TCM), técnica de insuflación manual (TIM), y técnica mixta (TMix) que mezcla las 2 anteriores, registrándose el FPT obtenido con cada una. Un único evaluador realizó las técnicas y evaluaciones. Fueron realizadas durante el mismo día. Se aplicó Shapiro Wilk, se realizó test de comparación de medias test-t. Se aplicó test de Pearson para valorar la correlación entre los distintos parámetros en estudio. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. **Resultados:** La media de edad fue de $14,3 \pm 5,7$ años; siendo la mayoría hombres (6/11). Las medias para las pruebas de función pulmonar fueron las siguientes: FPT: $159,8 \pm 94,2$ lpm, PIM: $68,9 \pm 28,5$ cmH₂O, PEM: $55,4 \pm 27,9$ cmH₂O, CVF: $54,9\% \pm 30,12\%$, VEF₁: $53,81\% \pm 29,7\%$. Existe correlación entre: FPT y la PIM ($r = 0,72$ $p = 0,013$), FPT-PEM ($r = 0,74$ $p = 0,009$), FPT-% Pred. CVF ($r = 0,61$ $p = 0,047$), FPT-VEF₁ ($r = 0,69$ $p = 0,017$), FPT-CVF ($r = 0,95$ $p < 0,001$) y FPT-VEF₁ ($r = 0,96$ $p < 0,001$). En la comparación de las técnicas de asistencia de tos, observamos que tanto la TCM como la TMix tienen diferencias significativas respecto del Valor Basal de FPT ($p < 0,001$ y $0,009$ respectivamente), no así la TIM ($p = 0,64$). **Conclusiones:** Las técnicas de compresión torácica y la técnica mixta de insuflación manual más compresión torácica mejora significativamente el FPT basal en este grupo alejándolo del nivel de ineficacia descrito en la literatura.

CL-63

NEBULIZACIÓN CON SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA AL 5%: TOLERANCIA CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRAQUEOSTOMIZADOS. Villarroel G., Jalil Y., Trincado V., Barañao P. y Astudillo C. Hospital Josefina Martínez.

Introducción: La nebulización con solución salina hipertónica (NSSH) en concentraciones al 3%, 5% y 7% ha sido utilizada en pacientes con enfermedades respiratorias como fibrosis quística y bronquiolititis con el fin de fluidificar las secreciones bronquiales y reducir el edema de la vía aérea, siendo la broncoconstricción su efecto adverso más reportado. Creemos que la NSSH 5% de mantención en los pacientes con traqueostomía y enfermedades respiratorias crónicas del

Hospital Josefina Martínez podría ser útil, sin embargo, no se ha valorado la aparición de efectos adversos asociados a esta terapia y no existen publicaciones al respecto en pacientes pediátricos traqueostomizados. Es por esto que nuestro objetivo es conocer la posibilidad de aparición de broncoconstricción en nuestros pacientes. **Material y Método:** Se reclutaron 21 pacientes traqueostomizados del Hospital Josefina Martínez a los que de forma randomizada se les administró una nebulización con suero fisiológico y con una diferencia de 1 mes, se les realizó una NSSH 5%. Ambas durante no más de 10 min con nebulizador tipo Jet y 8 lpm de oxígeno. A todos los pacientes se les realizó de forma inmediata una evaluación pre y post NSSH al 5% valorando frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), uso de musculatura accesoria (UMA) y resistencia en la vía aérea (RVA) consignada a través de la auscultación pulmonar otorgando un puntaje a los hallazgos (aparición de espiración prolongada, sibilancias espiratorias o en ambas fases). La evaluación pre y post NSSH fue realizada por el mismo evaluador, el cual se encontraba ciego respecto de la nebulización utilizada. Se analizó la normalidad de los datos mediante prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para establecer diferencias entre las variables paramétricas se utilizó la prueba t-student y para las variables ordinales no paramétricas Tau de Kendall. **Resultados:** La media de edad de 44,5 meses ($\pm 25,8$). Los diagnósticos de los pacientes corresponden a un 57% daño pulmonar crónico, 24% enfermedades neuromusculares y 19% OVAS. Las medias de las variables estudiadas fueron: FR pre/post = 28,5 \pm 8,6/31 \pm 10,5, FC pre/post = 112,9 \pm 16,8/114 \pm 17,3. No se encontraron diferencias significativas entre las variables estudiadas previo y post NSSH 5% (F.R p 0,67, F.C. = p 0,06, RVA = p 0,67 y UMA = p 1,0). **Conclusiones:** Desde el punto de vista clínico la NSSH 5% no generó efectos adversos asociados a broncoconstricción, ya que ningún paciente presentó aparición de sibilancias.

CL-64

¿QUÉ SABEMOS DE ADENITIS POR VACUNA BCG (BACILO DE CALMETTE GUÉRIN) O BCG-ITIS? Soto S., Quezada J., Fernández ML., Ediag C. y Rojas J. Facultad de Medicina, Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción.

Introducción: En Chile, todos los recién nacidos en alguna institución, se vacunan con BCG (Bacilo de Calmette Guérin) que protege contra la Tuberculosis miliar en un 58% y meningea en un 67%. Se trata de inoculación de bacterias vivas atenuadas y que en algunos casos, puede dar complicaciones en ganglios regionales, dependiendo del estado de inmunocompetencia del niño. Puede ser supurativa con persistencia de la fístula y en algunos casos, calcificaciones. **Material y Método:** Debido a que no existe una conducta establecida para su manejo en Chile, se realizó una encuesta a 43 profesionales del área de salud infantil (pediatras, cirujanos, becados e internos de medicina, matrones y enfermeros) del Hospital Regional de Concepción. Fueron 12 profesionales que se negaron a responderla, por lo que no se incluyeron. La encuesta consistió en 6 preguntas relacionadas con el diagnóstico y manejo de adenitis por BCG, con alternativas y una opción de agregar algún comentario en cada una. **Resultados:** Los resultados fueron los siguientes: 61% aplicarían la vacuna por vía intradérmica y 25% subcutánea. 38% considera que cicatriza en un mes mientras que 25% cree que en 2 semanas. En caso de sospecha de adenitis por BCG, 32% haría un PPD y 29% una radiografía de tórax. Para su tratamiento 38% sólo observaría, 25% haría incisión y drenaje, 22% escisión con biopsia, otros darían paracetamol, antibióticos orales, antibióticos endovenosos. Del total, 68% no había tenido ocasión de atender a algún paciente con adenitis por BCG, sin embargo, un 25% de ellos, había conocido algún caso. **Conclusiones:** Las 31 encuestas aplicadas, muestran una gama de respuestas que orientan a la falta de consenso en el diagnóstico y manejo de la adenitis por BCG, siendo recomendable trabajar en pautas para ello.

CL-65

CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN EL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN Y ARAUCO. Soto S., Monares R., Medrano P., Rojas C., Venturelli T. y Contreras I. Facultad de Medicina, Hospital Regional de Concepción, Servicio de Salud Concepción, Universidad de Concepción. Programa MINSAL para TBC.

Introducción: La TBC infantil es dependiente de la del adulto y su diagnóstico está siempre presente en zonas de alta prevalencia, con bacteriología de baja positividad y casi siempre relacionada con primoinfección. En el año 2013 se diagnosticaron 59 nuevos casos pediátricos (PROCT) en Chile. Siendo la tasa de incidencia en el Servicio de Salud Concepción de 17,1, se consideró interesante evaluar las características de los pacientes con TBC infantil en este servicio. **Material y Método:** Se extrajeron datos del tarjetón de niños en control en el policlínico de TBC infantil y se completó una planilla excel. De los 122 pacientes en control por contacto TBC, se obtuvieron 11 niños que cumplían los criterios de TBC y que estaban en tratamiento en el último año. **Resultados:** Los 11 pacientes en control en el último año se caracterizaron por un promedio de edad de 7,4 años, 72% sexo femenino, 72% con antecedentes de contacto TBC, 81% pertenecientes a la provincia de Concepción. Con un PPD promedio de 20,3 mm, con radiografía de tórax alterada en 81%, baciloscopias positivas sólo en un 18%. Sólo un caso sin BCG. Sintomáticos respiratorios en un 63%. En cuanto a la ubicación, 63% origen pulmonar, 18% ganglionar, un caso de TBC pleural y un caso de TBC meningea. Sólo el 34% requirió hospitalización por compromiso del estado general. **Conclusiones:** Se concluye que la Norma del Ministerio de Salud para pesquisa de TBC infantil, basada en estudio de contactos a través de PPD y de radiografía de tórax sigue siendo muy útil ya que logra identificar al menos al 72% de los casos de TBC infantil en nuestra región. Cuando la TBC es de ubicación extrapulmonar requiere de exámenes complementarios para su diagnóstico, incluyendo la hospitalización.

CL-66

ASPERGILOSIS PULMONAR NECROTIZANTE CRÓNICA INFANTIL. CASO CLÍNICO. Cerda M., Perillán J., Durán F., Jakubson L., Piottante A. y Godoy J. Servicio de Pediatría, Universidad de Chile. Servicio Broncopulmonar y Cirugía Infantil de Hospital San Juan de Dios. Departamento de Anatomía Patológica Clínica Las Condes.

Introducción: Paciente de 7 años, sexo femenino. Sana hasta los 4 años en que es hospitalizada por cuadro de Neumonía Bacteriana LSI. Responde a tratamiento antibiótico. Persiste con tos productiva. Sin Rx de control. 9 meses después presenta aumento de la tos productiva y dolor en hemitórax izquierdo, afebril. Se hospitaliza y recibe penicilina con mala respuesta clínica por lo que se cambia esquema a cefotaxima-clindamicina. Radiografía de tórax con condensación en LSI e imagen redondeada LII. Se realiza TC tórax. Se informa zona de condensación en LSI de carácter inflamatorio sin poder descartar lesión subyacente. PPD (-), baciloscopias (-). Hemograma destaca eosinofilia 16%. Ecocardiografía normal, VIH (-) Biopsia por toracotomía. Informe: neumonía eosinofílica, probablemente crónica. Tratamiento con metilprednisolona. Alta con prednisona oral. Llega a control a Broncopulmonar infantil HSJD. Se cuestiona diagnóstico y tratamiento. Serología de Hidatidosis (-), espirometría normal, nuevo TC de tórax: bronquiectasias LSI y masa LII. Se indica nueva biopsia pulmonar. Biopsia: Aspergilosis pulmonar crónica necrotizante. Tratamiento con Itraconazol. **Diagnóstico:** Aspergilosis Pulmonar Necrotizante Crónica. **Exámenes:** Cultivo pulmonar (+) *Aspergillus* sp IgE: 885. Test cutáneo + para Hongos: *Alternaria*, *Aspergillus*, *Penicillium*, *Fusarium*, *Cladosporium*, *Mucor*, *Rhizopus*. IgE e IgG

específicas para *Aspergillus fumigatus* elevadas. Ig totales normales, Estallido respiratorio normal. Test de sudor (Gibson y Cook) Na: 35, Cl 53, 2° Cl 57/ Na 44,9. Estudio genético positivo para mutación más frecuente en un alelo: $\Delta F 508/?$ **Comentarios:** Fibrosis Quística diagnosticada a partir de aspergilosis pulmonar crónica necrotizante. Ingresa a programa de FQ. Se confirma con estudio genético. Evoluciona con infección crónica por *Pseudomonas aeruginosa*.

CL-67

EVOLUCIÓN EN EL PERFIL DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN CUIDADOS RESPIRATORIOS CRÓNICOS, DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA. Méndez M., Arzola L. y Astudillo C. Hospital Josefina Martínez. División de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio Respiratorio, Hospital Exequiel González Cortez.

Introducción: Durante la última década en Chile hemos sido testigos de un cambio en relación a las patologías más prevalentes de la infancia, siendo actualmente demandados por necesidad de cuidados intensivos y mayor tecnología. Hemos visto como las UCI neonatales y pediátricas tienen cada vez mayor número de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. Esto disminuye la disponibilidad de cupos para manejar patologías agudas y de rápida resolución. El Hospital Josefina Martínez dedicado a la atención de enfermedades respiratorias crónicas, surge como alternativa de transición entre el hospital de agudos y domicilio, acogiendo esta demanda. Nos pareció importante cuantificar la evolución en el perfil de nuestros pacientes durante los últimos diez años. **Material y Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Se revisaron las fichas clínicas de 270 pacientes que se encontraban hospitalizados en junio los años 2004 al 2014. Se tabuló sexo, edad, tratamiento y los diagnósticos se clasificaron en 4 grupos, según la patología que originó la insuficiencia respiratoria crónica o la necesidad de traqueotomía: Enfermedades del SNC, ENM, respiratorias (parénquima + vía aérea) y mixtas. **Resultados:** En el periodo estudiado se observó un aumento del n° de pacientes desde 37 el año 2004 hasta 50 en el 2014, la mediana era de 2,2 años (rango 2 meses a 16,3 años) hasta 3,48 años (rango 3,5 meses a 14,2 años). El sexo masculino se mantuvo constante en un 56,2%. Los diagnósticos se distribuyeron: Enfermedades del SNC n = 23, ENM n = 52, parénquima = 115, VA n = 57, se observó que fueron disminuyendo las enfermedades del parénquima (BO; DBP; FQ) y aumentando las enfermedades de la vía aérea. En el año 2004 sólo un paciente estaba traqueostomizado (2,6%), observándose un aumento sostenido: 30 pacientes el año 2008 (69,7%), 49 pacientes el 2012 (89%) y 46 pacientes el 2014 (92%). El oxígeno como terapia exclusiva disminuyó de un 94,8% en 2004 a menos de un 1% en 2014. La VMI que no existía el 2004, en 2006 se aplica al 14% de los pacientes, y corresponde al 70,9% del tratamiento en 2014. En 2004 el 2,6% de los pacientes usaban VNI, en 2008 el 23,2%, cayendo en los años posteriores. **Conclusión:** En la última década en el Hospital Josefina Martínez se observó un aumento de patologías respiratorias crónicas complejas, incrementando en forma sostenida la necesidad de terapia de mayor tecnología.

CL-68

CASO CLÍNICO: TBC ÓSEA, MAL DE POTT, ESPONDILODISCITIS, ABSCESO PSOAS ILÍACO DERECHO. Astorga L., Herrera O., Mardones P., Wevar ME., Sepúlveda H., Daszenies C., Fuentealba I. y Henríquez A. Unidad de Anatomía Patológica, Unidad de Broncopulmonar, Unidad de Radiología. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción caso: Escolar de 7 años trasladado desde Iquique por cuadro de 3 meses caracterizado por dolor y

claudicación cadera derecha, se efectúa Resonancia Nuclear Magnética (RNM) que es informada como lesión histolítica de rama isquiática derecha. **Diagnóstico:** Ingresa el 02.04.2012 a nuestro hospital efectuándose biopsia por punción la que es informada como Osteomielitis crónica granulomatosa, se sugiere descartar TBC. Evaluado en traumatología se indica tratamiento con Flucloxacilina por seis semanas, se envía a su hospital. **Exámenes:** Paciente persiste con signología controlado nuevamente en octubre de 2012 en nuestro hospital se constata escoliosis, se hospitaliza y se solicita nueva RNM de columna, informada como "espondilodiscitis L2-L3, con absceso de gran tamaño del psoas ilíaco derecho". Se efectúa punción de absceso y se solicitan exámenes, se realiza PPD 20 mm. tomografía axial computarizada de tórax con contraste, informada como "adenopatías calcificadas perihiliares bilaterales e infracarinales sugerente de infección antigua por TBC". Informe T-SPOT. TB (+). Cultivo Koch Lowenstein 50 colonias. **Comentarios:** Se inicia tratamiento Tetra asociado Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol por seis meses, evolucionando satisfactoriamente.

CL-69

IMPACTO DE LA PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICAS. Pino C., Fonseca R., Melo J., Santana G. y Arancibia F. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax, Medicina Interna Hospital del Salvador.

Introducción: Las Bronquiectasias (BQ) no fibrosis quística (FQ) es una enfermedad crónica prevalente que causa morbimortalidad. Es frecuente la infección bacteriana crónica, por *Pseudomonas aeruginosa*, la que ha sido implicada en la progresión de la enfermedad. En Chile tenemos escasa información sobre la microbiología y el impacto de la infección por *P. aeruginosa*, en pacientes con BQ no FQ. El objetivo es la caracterización y evaluación del impacto que la *Pseudomonas aeruginosa* tiene en los pacientes con BQ no FQ y conocer el perfil de susceptibilidad antibiótica. **Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo en forma consecutiva de pacientes mayores de 18 años que se encuentran en control en el Instituto Nacional del Tórax con diagnóstico de bronquiectasias (BQ) confirmado por TAC de Tórax. Realizado desde julio de 2009 a junio de 2014. Se registró datos demográficos, anamnesis, exámenes de laboratorio, función respiratoria, y microbiológicos, número de hospitalizaciones y mortalidad durante este periodo. **Resultados:** Fueron incluidos un total de 139 pacientes con BQ, que tenían un promedio de edad de $52,8 \pm 17$ (rango 19-86) años, 73,4% eran mujeres. Del total, 44 (32%) presentan cultivo positivo para *Pseudomonas aeruginosa* al ingreso del estudio. Estos pacientes comparados con aquellos que el cultivo es negativo o positivo para otro germen, tienen una edad y género, sin diferencias significativas. En cambio, los pacientes con cultivos positivos para *P. aeruginosa* presentan un VEF₁ más baja ($1,25 \pm 0,51$ vs $1,5642 \pm 0,7$ L, $p = 0,046$) y un mayor de número de hospitalizaciones ($4,11 \pm 5,6$ vs $0,59 \pm 1,04$, $p < 0,0001$). En cuanto a la susceptibilidad antibiótica de la *P. aeruginosa*, 4/44 (9%) son resistentes a amikacina, 11/44 (25%) a Ciprofloxacino, 10/44 (23%) a Cefotaxidima, 25/44 (57%) a Ampicilina/sulbactam, 28/63 (64%) a Cotrimoxazol y 3/44 (7%) es Multiresistente. Del total de pacientes 11/136 (8%) fallecieron y de estos, 7 tenían *P. aeruginosa*. **Conclusiones:** En un tercio de los pacientes con BQ no fibrosis quística se aisló *P. aeruginosa* en muestra respiratoria. Estos pacientes tienen una disminución de la función pulmonar, un mayor número de hospitalizaciones y un mayor número de fallecidos comparado con aquellos sin *P. aeruginosa*. Contrario a lo pensado, se observa una baja tasa de resistencia de algunos antibióticos (amikacina, ciprofloxacino y cefotaxidima). La multiresistencia se observa en el 7% de los casos.

CL-70

DILEMAS ÉTICOS DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS CASOS CLÍNICO ILUSTRATIVOS. Pino C., Peña C., Arancibia F. y Cerda J. Servicio Broncopulmonar Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La tuberculosis (TBC) pulmonar es una enfermedad infecciosa contagiosa cuyo tratamiento requiere de fármacos multisociados los que pueden ocasionar reacciones colaterales (RC) o puede ser rechazado por el paciente. Existen situaciones en las cuales la aplicación del tratamiento producirá RC de importancia para el paciente o condiciones en las cuales los pacientes se niegan a recibir la terapia, a tal punto de constituir un dilema ético (DE). Se presentan 3 casos demostrativos. **Diagnóstico:** Caso 1: Mujer D.M.M. de 20 años con TBC pulmonar bacilífera multiresistente (MDR) cursando primer mes de embarazo con poliadicción, trastorno conductual y baja adherencia al tratamiento de TBC con extensa destrucción del lóbulo superior izquierdo. La dificultad radica en el empleo de medicamentos con perfil de RC sobre el feto (Kanamicina, Etionamida, Moxifloxacino). Caso 2: Hombre J.C.B. 77 años portador de cáncer pulmonar etapa IV células pequeñas avanzado con extensión a pleura y diafragma declarado fuera de alcance quirúrgico con performance status 4 en el cual se diagnostica TBC pulmonar bacilífera, la dificultad radica en la corta sobrevida menor a la duración del tratamiento de la TBC y la toxicidad probable de fármacos. Caso 3: Hombre J.P.A. 28 años, cesante, con reclusión y abandono de tratamiento previo de TBC, vinculado a consumo de drogas ilícitas con conducta agresiva y rechazo a tratamiento de una TBC pulmonar bacilífera MDR. La dificultad es el rechazo a recibir la terapia en forma voluntaria, a pesar de las visitas domiciliarias de los equipos sanitarios con lo cual se mantiene el foco infeccioso intrafamiliar y comunitario. **Exámenes:** BK. **Comentarios:** La TBC no sólo se encuadra como una decisión de tratar o no tratar de acuerdo a los derechos de los pacientes ya que al ser una fuente de infección comunitaria estos pacientes deben ser tratados. Sin embargo, reconocemos situaciones en las cuales las decisiones deben ser individualizadas de acuerdo al riesgo y beneficio. Puede ser útil identificar esquemas terapéuticos con menos RC y buscar mecanismos de adherencias a la terapia. Las decisiones deben ser evaluadas por comités de ética. En el caso 1 se decidió el tratamiento adecuado de acuerdo a su condición era moxifloxacino, etambutol y pirazinamida y eventualmente cirugía de resección pulmonar. En el caso 2 no alcanzó el cumplimiento de la terapia por fallecer a la segunda dosis y el caso 3 se encuentra en espera de un dictamen legal.

CL-71

CARACTERIZACIÓN Y FACTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Medina C., Deza C., Vallejo P., Arancibia F. y Nakouzi I. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La Tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública en Chile, y en la actualidad tenemos una incidencia de 12,6 casos por 100.000 habitantes, la cual no se ha modificado en los últimos años. No se encuentra información reciente a nivel nacional sobre la evolución, factores de mal pronóstico ni desenlace de los pacientes hospitalizados por esta enfermedad. Los objetivos son describir las características clínicas de la población de pacientes hospitalizados en el INT por tuberculosis (TBC), conocer la mortalidad y evaluar factores de mal pronóstico. **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, cuya población está constituida por pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional del Tórax, con diagnóstico de Tuberculosis al egreso. El período de estudio abarcó desde noviembre del año 2012 a mayo de 2014. Se registraron datos de

mográficos, comorbilidades, exámenes de laboratorio, microbiológicos, radiológicos, estadía hospitalaria, tratamiento, complicaciones y mortalidad. Los resultados son expresados como promedios \pm DS, se utilizó para variables continuas la prueba de t-Student, y para variables categóricas la prueba de χ^2 o prueba de Fisher. **Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes con una edad promedio de $47,3 \pm 19,5$ años, 63% de género masculino y 13% de nacionalidad extranjera. El 57% tenía baja escolaridad. La tos, baja de peso y disnea fueron los síntomas más frecuentes y con una evolución de más de 3 meses en el 43%. La DM (28,3%), el Alcoholismo (25%) y las enfermedades pulmonares (18,3%) fueron las comorbilidades más frecuentes. Sólo un 13% tenía antecedente de contacto de TBC y un 8,3% tenía coinfección con VIH. La TBC pulmonar fue la más frecuente, 75% de los casos, y la extrapulmonar en el 25%. 11 (18%) pacientes presentaron complicaciones siendo el shock séptico lo más frecuente. La estadía hospitalaria promedio fue de 25 ± 29 días y la mortalidad hospitalaria fue de 10%. El análisis univariado mostró que la edad > 40 años, Albúmina $< 2,5$ g/dl, compromiso radiológico bilateral, Shock, soporte ventilatorio mecánico se asociaron a mayor mortalidad. **Conclusiones:** En la actualidad sigue existiendo un subgrupo de pacientes con tuberculosis que requieren hospitalización, con estadía prolongada y mortalidad elevada (10%). La edad mayor de 40 años, hipalbuminemia, compromiso radiológico bilateral, shock y requerimiento de soporte ventilatorio son factores de mal pronóstico.

CL-72

HEMORRAGIAS ALVEOLARES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EXPERIENCIA LOCAL. Colima R., Ferreira L., Stehr C., Yáñez J., Aguayo M., Daube E., Hermosilla J., Fernández P., Pozo V., Mora F. y Azócar C. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Clínico Guillermo Grant Benavente. Departamento de Medicina Interna, Sección de Enfermedades Respiratorias y Medicina Intensiva, Universidad de Concepción.

Introducción: La hemorragia alveolar (HA) se presenta clínicamente con la triada de hemoptisis, opacidades difusas en la radiografía de tórax y anemia. Son cuadros clínicos variados pero potencialmente fatales. Las causas son múltiples siendo la etiología inmune la más frecuente. **Objetivo:** Descripción de los pacientes con hemorragia alveolar que requieren ingreso a UCI, su etiología y características clínicas. **Material y Método:** Se revisaron retrospectivamente las fichas de los pacientes que egresaron con el diagnóstico de HA de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente, entre los años 2011 y 2014. Se consignaron características demográficas, clínicas, radiológicas y de laboratorio, tratamiento, evolución y mortalidad. Se descartaron aquellos casos en los que no se pudo obtener la información completa. **Resultados:** De un total de 19 pacientes con diagnóstico de HA en este período, se obtuvo información de 13, de los cuales 8 fueron de sexo femenino. El promedio de edad fue de 47 años (33-62). Once de ellos estuvieron con ventilación mecánica invasiva, con un promedio de 13,5 días. El principal síntoma fue disnea (12), seguido de hemoptisis (8). 11 presentaron hematocrito $< 25\%$ y 12 creatinina > 2 mg/dl, 10 hematuria y 6 LBA característico de HA. 11 casos fueron identificados como síndrome de riñón pulmón. El principal hallazgo radiológico fue la presencia de vidrio esmerilado y relleno alveolar difuso. Los ANCA por Elisa fueron positivos en 6 casos, 5 de ellos MPO, algunos de ellos asociándose a ANA + a título alto e hipocomplementemia. Todos los pacientes recibieron antibióticos al ingreso, 11 de ellos inmunosupresión en bolos y 4 plasmáferesis. 12 tuvieron una sobreinfección bacteriana por lo que recibieron antibióticos con cobertura nosocomial. 3 pacientes fallecieron (23%). **Conclusiones:** Presentamos nuestra experiencia con los pacientes que ingresaron a UCI con diagnóstico de HA, donde se encuentra predominio de sexo femenino, en el contexto de un síndrome de riñón pulmón cuya etiología fue vasculitis ANCA positiva.

CL-73

EVOLUCIÓN DE NEUMONÍA CRIPTOGÉNICA ORGANIZADA CON PATRÓN FIBRÓTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. Espinoza C., De la Fuente I., Cerda J, Pereira G. y Valenzuela M. Medicina Interna, Universidad de Valparaíso, Departamento de Enfermedades Respiratorias Adulto, Departamento de Radiología, Hospital Dipreca.

Introducción: Paciente de 74 años con antecedentes de HTA, Enfermedad de Dupuytren. Sin historia de tabaquismo ni exposición a él. Consulta en policlínico de broncopulmonar en julio de 2012 por cuadro de tos seca sin dolor torácico ni otros síntomas. **Diagnóstico:** Enfermedad Pulmonar Difusa (EPD) tipo posible UIP. Neumonía Criptogénica Organizada (COP) evolución patrón fibrótico. **Exámenes:** Radiografía de tórax sugerente de EPD, TAC tórax evidencia signos de EPD: vidrio esmerilado y bronquioloectasias por tracción, con escasas imágenes de panalización. En el control se agrega un foco de ocupación de espacio aéreo del lóbulo medio. Espirometría, volúmenes pulmonares y gases arteriales normales, DLCO 50 ml/min/mmHg. Se realiza fibrobroncoscopia (FBC) con lavado bronquioalveolar (LBA): reacción inflamatoria inespecífica, negativa para células neoplásicas. Biopsia de lóbulo medio evidencia proceso inflamatorio crónico con extensa fibrosis intersticial, focos de bronquiectasias y enfisema alveolar. Laboratorio general e inmunológico normal. TAC tórax 6 meses después muestra panalización en lóbulos superiores e inferiores, con focos de infiltrados densos confluentes peribronquiolares a nivel de segmentos posteriores de ambos lóbulos superiores, lóbulo medio y lóbulos inferiores compatibles con COP. Nueva FBC más LBA muestra predominio de linfocitos (50%). Cultivo corriente, hongos y Koch negativos. Se trató con Colchicina + Corticoides sin respuesta. TAC tórax control evidencia progresión de imágenes parcheadas de vidrio esmerilado, con migración hacia segmento medial y evolución a patrón fibrótico en estos segmentos con extensa panalización. Nueva FBC no concluyente. Se agrega Ciclofosfamida con nula respuesta, requiriendo oxígeno domiciliario. Evoluciona con migración de focos de ocupación y aumento de compromiso fibrótico. Fallece en abril de 2014. **Comentarios:** El principal patrón de COP corresponde a vidrio esmerilado o consolidación. En este caso, destaca la rápida progresión a fibrosis y panalización de las lesiones de COP, evolución presente en pocos casos descritos en la literatura, con evolución clínica desfavorable llevando al fallecimiento en 2 años.

CL-74

COMPROMISO PULMONAR DE UN PACIENTE CON SÍNDROME ANTISINETASA. Cerda J., De la Fuente I., Pezantes I., Guerra C., Espinoza C., Pereira G. y Pizarro J. Servicio Broncopulmonar, Medicina Interna, Servicio de Reumatología y Servicio de Radiología Hospital Dipreca.

Introducción: El compromiso intersticial de enfermedades reumatológicas y su interpretación es difícil y no específico. Se presenta el caso de una mujer de 66 años con antecedentes de Síndrome de Sjögren, con historia de poliartralgias, mialgias y disnea de esfuerzo. Se solicita estudio inmunológico que muestra Anticuerpos Antinucleares positivo 1/1.280 patrón moteado, más anticentromero/ac antinuclearextractible sm 3,1; RNP 1,8; antinuclear extractable SSA: 54,7, antinuclear extractable SSB 38,3; ac SCL 70:2,4; ac JO1:4,7. Se establece diagnóstico por reumatología de síndrome antisinetasa y es derivada a nuestro servicio por disnea de esfuerzo. MRC 2. Al examen físico presentaba crépitos bibasales. Su estudio por imágenes revela una enfermedad pulmonar difusa con compromiso intersticial reticular subpleural basal y pequeño segmento de fibrosis (panal) en lóbulo inferior izquierdo, espirometría demuestra una alteración restrictiva leve con CVF de 73% con VEF₁/CVF 84% y Test de difusión alterado moderadamente DLCO: 62%, Test de marcha 476 me-

tros recorridos (108%), con saturación basal de 94% y término de 93%. se inició tratamiento con azatioprina sin buena respuesta, actualmente con ciclofosfamida y prednisona con buena respuesta sin poliartralgias. **Diagnóstico:** Un caso de enfermedad pulmonar difusa secundario a síndrome antisinetasa. **Exámenes:** Imágenes, TAC de tórax, espirometría, test de difusión, DLCO, test de marcha, pruebas inmunológicas **Comentarios:** Las colagenopatías tienen un patrón de presentación pulmonar no específico y de difícil tratamiento, por lo que se presenta este caso.

CL-75

PROTEINOSIS ALVEOLAR SECUNDARIA A NEOPLASIA HEMATOLÓGICA. Deza C., Medina C., Vallejo P. y Arancibia F. Servicio de Medicina Respiratoria, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción o historia del caso: La proteinosis alveolar es una enfermedad pulmonar difusa, poco frecuente, que se caracteriza por un deficiente aclaramiento del surfactante pulmonar secundario a una alteración de su metabolismo, lo que determina la acumulación de un material lipoproteínico en los espacios alveolares. Se han descrito tres formas clínicas: congénita, autoinmune y secundaria, esta última asociada a cáncer y en particular a enfermedades hematológicas malignas. Paciente mujer, 51 años, con antecedentes de tabaquismo activo, con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por rinorrea y epistaxis intermitente. Se agrega disnea de esfuerzos, progresiva, hasta hacerse de reposo por lo que consulta en servicio de urgencia donde se consigna desaturación e hipoxemia marcada en gases arteriales. La paciente se hospitaliza con diagnóstico de Neumonía grave multilobar y se traslada a UCI, iniciándose tratamiento antibiótico de amplio espectro y Osetamivir. En el TAC de tórax destaca extenso compromiso pulmonar difuso con patrón en empedrado. Su evolución es tórpida, requiriendo apoyo ventilatorio no invasivo y luego invasivo. Ante nula respuesta clínica al tratamiento, y frente a la sospecha de una enfermedad pulmonar difusa de etiología no precisada, se decide manejo con bolos de metilprednisolona ev (1 g/día por 3 días), con lo cual mejora parcialmente. Luego se realiza fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial y luego biopsia pulmonar quirúrgica, las cuales confirman el diagnóstico de Proteinosis Alveolar. Se descarta infección con estudio de LBA. Derivada al Instituto Nacional del Tórax para manejo en UCI con lavados pulmonares. Destaca la presencia de bicitopenia (anemia y leucopenia) y presencia de blastos al frotis. Evoluciona con neutropenia severa. Se realiza mielograma por hematología que evidencia 90% de blastos, de aspecto mielode. Se completa estudio con inmunofenotipo por método de citometría de flujo que confirma diagnóstico de Leucemia Mielode Aguda de tipo Monocítica. La paciente evoluciona con insuficiencia respiratoria severa y falla orgánica múltiple, motivos por los cuales fallece. **Diagnóstico:** Proteinosis Alveolar secundaria a neoplasia hematológica. **Exámenes:** TAC de tórax, biopsia pulmonar quirúrgica. **Comentarios:** La Proteinosis Alveolar se puede presentar en su forma secundaria, asociada a neoplasias hematológicas. Para poder llegar al diagnóstico definitivo se requiere un alto nivel de sospecha y un estudio completo del paciente.

CL-76

NEUMONÍA NECROTIZANTE MULTILobar SECUNDARIA A INMERSIÓN EN HIDROCARBUROS SOBREINFECTADA: UN GRAN DESAFÍO. Lazo D., Parada MT., Díaz R., Blamey R., Rufs J., Duarte C., Zlatar J., Valdés S. y Rodríguez P. Centro de Enfermedades Respiratorias, Departamento de Anestesia, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Kinesioterapia, Unidad de Tratamiento Intensivo. Clínica Las Condes.

Introducción: Paciente hombre de 27 años, sufre accidente laboral cayendo a piscina de hidrocarburos. Ingres a CLC en falla respiratoria aguda, requiriendo Ventilación Mecánica In-

vasiva y Drogas vasoactivas, cuadro del cual evoluciona en forma favorable, hasta que cursa con sobreinfección por *Pseudomona* Multirresistente. Nueva falla respiratoria es catastrófica, se agotan todos los modos y posiciones ventilatorias, decidiéndose soporte con ECMO. TAC de Tórax demuestra gran lesión abscedada en lóbulo medio y condensaciones multilobares con extenso compromiso de ambos lóbulos inferiores. Se instaura manejo endoscópico y kinésico intensivo, asociado a terapia antibiótica de última línea. Luego de un mes de dicho manejo se logra extubar y pese a selección de *Pseudomona* Panresistente, evoluciona en forma satisfactoria, siendo dado de alta en buenas condiciones. **Diagnóstico:** Neumonía Necrotizante Multilobar. **Exámenes:** TAC Tórax, FBC. **Comentarios:** El presente caso, representa el complejo espectro de complicaciones a las que se ve enfrentado un paciente intoxicado con hidrocarburos, cuadro de letalidad dosis dependiente y que requiere un manejo intensivo multidisciplinario que incluye hasta el uso de ECMO.

CL-77

EOSINOFILIA PULMONAR. Leiva V., Reyes M., Cortés A., Kral A. y Hernández I. Clínica Ciudad del Mar, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Paciente masculino de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial y asma bronquial. En control Broncopulmonar desde el año 2002, con estudio donde destaca: test cutáneo positivo a pólenes y ácaros, espirometría con alteración ventilatoria obstructiva moderada (VEF 55%). Tratado con fluticasona/salmeterol y salbutamol. Presenta exacerbación del asma, coincidiendo con neumonía bilateral. Se diagnostica rinosinusitis crónica con poliposis nasal. Radiografía de tórax con opacidades pseudonodulares en ambos vértices. TAC de tórax: en vértice izquierdo imagen nodular

de contornos espiculados de aproximadamente 2,7 cm. Bacioscopias negativas, LBA no observa BAAR y negativo para células neoclásicas, y PCR para *Mycobacterium tuberculosis* negativa. Comienza con incremento de la disnea y prurito dorsal. TAC de control: ocupación alveolar en segmento apical de LSD y superior de LID. Evaluado por hematólogo por anemia microcítica e hipocroma, y en fórmula diferencial 22% de eosinófilos. Se realiza mielograma que resulta normal, destacando hiperplasia eosinofílica. Se solicita LBA con recuento celular y fórmula diferencial, informándose: 35% de eosinófilos. Se inicia prednisona 60 mg/día, con buena respuesta. Paciente asintomático al mes de iniciado el tratamiento, y se corrige anemia. Comienza a disminuirse dosis de prednisona hasta 2,5 mg, reapareciendo anemia y sintomatología. Se ajusta dosis a 15 mg, normalizándose el hemograma y ceden los síntomas. En controles, paciente asintomático, sin tos ni prurito, al hemograma sin anemia, y TAC de control sin hallazgos patológicos. **Diagnóstico:** Eosinofilia Pulmonar Crónica. **Exámenes:** LBA con recuento celular y fórmula diferencial: 35% de eosinófilos. **Comentarios:** La Neumonía Eosinofílica corresponde a una entidad que, según su forma de presentación, puede dividirse en neumonía eosinofílica aguda y crónica. Dentro de los síntomas destacan, disnea, tos e infiltrados pulmonares en las imágenes, dado por la presencia de eosinófilos. La diferencia entre ambas entidades se da por la presentación. En la primera, la forma de presentación es súbita, generalmente con hipoxemia, que puede llevar a la insuficiencia respiratoria severa. La forma crónica, en tanto, tiene una evolución más benigna, larvada, mejor tolerada. El origen de estas entidades tiene un sustrato inmunoalérgico, ya que gran parte de estos pacientes presentan antecedentes de atopia, asma bronquial y rinitis, como en nuestro caso. Ambas formas comparten la buena respuesta a terapia con glucocorticoides.

ÍNDICE DE AUTORES

Acuña E.	CL-12	Borzone G.	CL-19	Cortés M.	CL-45
Aguayo M.	CL-52		CL-20	Cortez D.	CL-36
	CL-56		CL-47	Cox PP.	CL-6
	CL-72	Bozzo R.	CL-6	Cristino P.	CL-36
Agüero D.	CL-11		CL-8	Cruzat L.	CL-9
Aguilar S.	CL-61		CL-9	Damiani F.	CL-62
Ahumada S.	CL-17		CL-10	Daszenies C.	CL-38
Alvear G.	CL-33	Bravo P.	CL-8		CL-68
Amador J.	CL-26	Briceño C.	CL-51	Daube E.	CL-72
Ángulo J.	CL-37	Burgos S.	CL-3	De La Fuente I.	CL-25
Aparicio R.	CL-40	Burgos F.	CL-36		CL-27
	CL-41	Bustamante A.	CL-47		CL-55
	CL-43	Caamaño R.	CL-13		CL-73
Arancibia F.	CL-13		CL-14		CL-74
	CL-14	Cabezas C.	CL-21	De la Prida M.	CL-32
	CL-15	Cabrera O.	CL-31	Deza C.	CL-15
	CL-22	Cacciuttolo G.	CL-22		CL-71
	CL-31	Campos A.	CL-31		CL-75
	CL-54	Canals A.	CL-35	Díaz A.	CL-51
	CL-69	Canals S.	CL-57	Díaz AM.	CL-21
	CL-70	Canario N.	CL-56	Díaz P.	CL-39
	CL-71	Carrillo J.	CL-18	Díaz R.	CL-2
	CL-75	Cartagena C.	CL-45		CL-76
Arancibia R.	CL-17	Carvajal C.	CL-12	Donaire R.	CL-37
Araos J.	CL-19	Castro JA.	CL-37	Donoso E.	CL-1
	CL-20	Cataldo P.	CL-55		CL-4
Aravena C.	CL-51	Caussade MS.	CL-37	Duarte C.	CL-76
Arzola L.	CL-67	Cea X.	CL-30	Durán F.	CL-66
Astorga L.	CL-38		CL-53	Dussaubat N.	CL-16
	CL-68	Cerda C.	CL-53	Ediap C.	CL-64
Astudillo C.	CL-63	Cerda J.	CL-25	Escobar AM.	CL-59
	CL-67		CL-27	Espinoza C.	CL-25
Avilés S.	CL-34		CL-29		CL-27
Ayala P.	CL-19		CL-55		CL-36
	CL-20		CL-70		CL-73
Ayres G.	CL-21		CL-73		CL-74
	CL-49		CL-74	Fernández A.	CL-60
Azócar C.	CL-21	Cerda M.	CL-66	Fernández C.	CL-4
	CL-52	Chahuán J.	CL-55		CL-22
	CL-56	Chernilo S.	CL-22		CL-23
	CL-72	Cheyre JE.	CL-22		CL-36
Baeza A.	CL-30	Ciudad D.	CL-32		CL-21
Baeza M.	CL-35	Clavero JM.	CL-2		CL-49
Balboa P.	CL-8	Cofré F.	CL-9	Fernández F.	CL-49
	CL-9		CL-10	Fernández ML.	CL-64
Balcells ME.	CL-12	Colima R.	CL-52	Fernández P.	CL-1
Baraño P.	CL-63		CL-72		CL-5
Beltrán MC.	CL-30	Colines Y.	CL-32		CL-41
	CL-53	Contreras G.	CL-45		CL-43
Benadof D.	CL-10	Contreras I.	CL-65		CL-72
Blamey R.	CL-2	Cortés A.	CL-24		CL-40
	CL-76		CL-77		CL-50

ÍNDICE DE AUTORES

Fernández-Bussy S.	CL-57	Kreft J.	CL-59	Mucientes F.	CL-49
	CL-4	Labarca G.	CL-57	Nahuelpan B.	CL-52
Ferrada M.	CL-53	Lagos M.	CL-55		CL-56
Ferreira L.	CL-72	Lama P.	CL-36	Nakouzi I.	CL-71
Fica M.	CL-40	Lapadula M.	CL-36	Naves R.	CL-12
	CL-41	Lazo D.	CL-2	Nayar S.	CL-6
	CL-43		CL-76	Nieto D.	CL-9
Figuerola L.	CL-33	Leiva C.	CL-56		CL-10
Figuerola A.	CL-44	Leiva V.	CL-24	Niklitschek S.	CL-61
Flores C.	CL-37		CL-77	Numhauser I.	CL-23
Fonseca R.	CL-69	León A.	CL-39	Obregón J.	CL-26
Fuentealba I.	CL-68	León B.	CL-55	Orlandi F.	CL-22
Fuentes J.	CL-49	Lezana V.	CL-9	Oropesa A.	CL-42
Fuentes AM.	CL-53	Lisboa C.	CL-45	Orterga M.	CL-51
Fuenzalida M.	CL-55	Lobos JL.	CL-40	Oyazún M.	CL-16
Gaggero A.	CL-39		CL-41	Paiva R.	CL-62
Gajardo F.	CL-1		CL-43	Palomino MA.	CL-6
	CL-4	López J.	CL-54		CL-8
García P.	CL-12	Lozano J.	CL-35		CL-9
García R.	CL-44	Mackenney J.	CL-7		CL-10
	CL-48	Madariaga S.	CL-17		CL-60
Godoy J.	CL-66	Mardones P.	CL-38	Parada MT.	CL-1
González I.	CL-9		CL-68		CL-2
González R.	CL-21	Medina C.	CL-15		CL-3
	CL-49		CL-71		CL-58
	CL-56		CL-75		CL-76
Grez C.	CL-36	Medrano P.	CL-65	Parra MG.	CL-6
Guarda ME.	CL-59	Meier A.	CL-30		CL-8
Guerra C.	CL-4	Melo J.	CL-1		CL-9
	CL-46		CL-2		CL-10
	CL-74		CL-3	Pavié J.	CL-32
	CL-45		CL-4	Peña P.	CL-5
Gutiérrez M.	CL-45		CL-69	Peña C.	CL-12
Hammeau R.	CL-56		CL-67		CL-13
Henríquez A.	CL-38	Méndez M.	CL-23		CL-14
	CL-68	Mendoza G.	CL-26		CL-26
Hermosilla J.	CL-72		CL-29		CL-28
Hernández I.	CL-77		CL-4		CL-29
Herrera O.	CL-38	Meneses M.	CL-20		CL-33
	CL-68		CL-19		CL-50
Herrera T.	CL-11		CL-12		CL-70
Herzog C.	CL-1	Meza P.	CL-16	Pereira G.	CL-27
	CL-3	Miller ME.	CL-65		CL-55
Hidalgo F.	CL-42	Monares R.	CL-11		CL-74
Hurtado G.	CL-27	Mondaca R.	CL-20		CL-73
	CL-28	Montalva R.	CL-56	Pérez MA.	CL-35
Ibarra C.	CL-22	Mora F.	CL-72	Perillán J.	CL-66
	CL-23		CL-52	Pezantes MI	CL-14
Irazoqui P.	CL-46		CL-16		CL-25
Jakubson L.	CL-66	Moraga D.	CL-16		CL-27
Jalil Y.	CL-63	Morales J.	CL-26		CL-74
	CL-62	Morales A.	CL-37	Pino C.	CL-13
Jalilie A.	CL-4	Morales M.	CL-60		CL-14
Jiménez P.	CL-5	Morgues M.	CL-37		CL-22
Kral A.	CL-24	Moya A.	CL-58		CL-23
	CL-77	Moyna I.			

ÍNDICE DE AUTORES

Pino C.	CL-29	Santana G.	CL-22	Valdivia G.	CL-45
	CL-69		CL-50	Valenzuela JL.	CL-9
	CL-70		CL-69		CL-10
	CL-46	Searle A.	CL-15	Valenzuela H.	CL-24
Pino K.	CL-37	Sepúlveda C.	CL-1	Valenzuela M.	CL-73
Pinto R.	CL-39		CL-4	Valenzuela R.	CL-40
Piottante A.	CL-66		CL-5		CL-41
Pizarro J.	CL-27	Sepúlveda H.	CL-38		CL-43
	CL-74		CL-68	Vallejo P.	CL-15
Poblete F.	CL-32	Silva R.	CL-11		CL-46
Pozo V.	CL-72	Sobarzo M.	CL-3		CL-71
Quezada J.	CL-64	Solís N.	CL-53		CL-75
Reyes T.	CL-16	Soto S.	CL-61	Vargas M.	CL-18
Reyes M.	CL-24		CL-64		CL-34
	CL-77		CL-65	Venturelli T.	CL-61
Ríos F.	CL-26	Spencer ML.	CL-21		CL-65
Rivacoba C.	CL-35		CL-49	Vernal P.	CL-60
	CL-36	Stehr C.	CL-72	Vidal A.	CL-42
Robles O.	CL-7	Suárez C.	CL-41	Villalabeitia E.	CL-2
Rodríguez JC.	CL-15		CL-40	Villarroel L.	CL-45
Rodríguez P.	CL-36		CL-43	Villarroel G.	CL-62
	CL-76	Suárez F.	CL-41		CL-63
Rojas C.	CL-61		CL-40	Wevar ME.	CL-38
	CL-65	Tiznado C.	CL-12		CL-68
Rojas J.	CL-64	Tobar F.	CL-44	Yáñez L.	CL-36
Rufs J.	CL-76	Torrejón C.	CL-8	Yáñez J.	CL-52
Saavedra M.	CL-54	Torres R.	CL-34		CL-56
Sabbagh E.	CL-54	Trincado V.	CL-63		CL-72
Salazar F.	CL-56	Uasapud P.	CL-39	Zagolín M.	CL-50
Saldías J.	CL-11	Uribe P.	CL-9	Zegna-Ratá F.	CL-12
Salinas M.	CL-1	Valdés I.	CL-60	Zepeda G.	CL-39
Sandoval J.	CL-54	Valdés S.	CL-2	Zlatar J.	CL-76
Santamarina M.	CL-17		CL-76	Zúñiga J.	CL-13
					CL-14

Nota del Editor: Se ha reproducido el texto de los resúmenes enviados por los autores y luego que fueron corregidos y seleccionados para su presentación en el Congreso por el Comité Científico de la Sociedad.

ABREVIATURAS DE USO FRECUENTE EN MEDICINA RESPIRATORIA

<p>ANOVA : Análisis de varianza ACTH : Hormonas adrenocorticotrópica ADP, AMP, ATP : Adenosín di, mono y trifosfato ATPS : Temperatura ambiental, PB y saturado de humedad BCG : Bacilo de Calmette-Guérin BTPS : Temperatura corporal, PB y saturado de humedad CaO₂ : Contenido arterial de O₂ CVF : Capacidad vital forzada cpm : Cuentas por minuto cps : Cuentas por segundo CPT : Capacidad pulmonar total CRF : Capacidad residual funcional CvO₂ : Contenido O₂ en sangre venosa mixta DLCO : Capacidad de difusión de CO DNA, RNA : Acidos desoxiribonucleico, ribonucleico DS : Desviación estándar ECG : Electrocardiograma EEG : Electroencefalograma ELISA : Enzimo inmuno análisis ES : Error estándar FR : Frecuencia respiratoria F : Análisis de varianza FEF₂₅₋₇₅ : Flujo espiratorio máximo entre el 25 y el 75% de CV FEM : Flujo espiratorio máximo FIM : Flujo inspiratorio máximo FIO₂ : Fracción inspirada de O₂ Hb : Hemoglobina Hto : Hematocrito LCFA : Limitación crónica del flujo aéreo ln, log : Logaritmo natural, base 10 n : Número de observaciones NS : No significativo p : Probabilidad PB : Presión barométrica PAO₂ : Presión alveolar de O₂ PaO₂ : Presión arterial de O₂ P(A-a)O₂ : Diferencia alvéolo-arterial de O₂</p>	<p>PACO₂ : Presión alveolar de CO₂ PaCO₂ : Presión arterial de CO₂ PaP : Presión media de arteria pulmonar Pdi : Presión transdiafragmática PEF : Flujo espiratorio máximo Pel : Presión elástica Pes : Presión esofágica Ppl : Presión pleural PIM : Presión inspiratoria máxima QR : Cuociente respiratorio r : Coeficiente de correlación RIA : Radio inmuno análisis Rva : Resistencia de la vía aérea Rx : Radiografía SaO₂ : Saturación arterial de O₂ SDRÁ : Síndrome de distrés respiratorio del adulto t : Prueba de Student TBC : Tuberculosis TAC : Tomografía axial computarizada Ti : Duración de la inspiración Ttot : Duración total del ciclo respiratorio ufc : Unidades formadoras de colonias uv : ultravioleta V : Volumen V' : Flujo aéreo Vt : Volumen corriente V'A : Ventilación alveolar V_E : Ventilación minuto VRI : Volumen de reserva inspiratoria VRE : Volumen de reserva espiratoria VR : Volumen residual VEF₁ : Volumen espiratorio forzado en el primer segundo VMV : Ventilación máxima voluntaria V'/Q' : Relación ventilación-perfusión V'O₂ : Consumo de O₂ VCO₂ : Producción de CO₂ \bar{x} : Promedio</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SIMBOLO DE UNIDADES DE MEDICION

<u>Unidades</u>		<u>Prefijos</u>
A : Ampère	m : Metro	
Å : Angström	M : Molar	
atm : Atmósfera (760 mmHg)	min : Minuto	d : Deci- (10 ⁻¹)
b : Bar	mmHg : mm de mercurio	c : Centi- (10 ⁻²)
Ci : Curie	N : Newton	m : Mili- (10 ⁻³)
cmH ₂ O : cm de agua	° : Grado	μ : Micro- (10 ⁻⁶)
Eq : Equivalente	°C : Grado centígrado	n : Nano- (10 ⁻⁹)
g : Gramo	°K : Grado Kelvin	p : Pico- (10 ⁻¹²)
h : Hora	Pa : Pascal	f : Fento- (10 ⁻¹⁵)
Hz : Hertz	rpm : Revoluciones por minuto	h : Hecto- (10 ²)
J : Joule	s : Segundo	k : Kilo- (10 ³)
L : Litro	UI : Unidades internacionales	M : Mega- (10 ⁶)
	W : Watt	G : Giga- (10 ⁹)