

# RESPUESTAS SECCIÓN EDUCACIÓN CONTINUADA 2

## 1. B. Antígenos urinarios para *Legionella*

La paciente descrita tiene una NAC severa. *Legionella* es una importante opción etiológica dentro de una amplia serie de patógenos. Si el diagnóstico se confirma, el espectro del manejo antibiótico puede ser mucho más específico. Existen una serie de tests para el diagnóstico de *Legionella*, pero algunos como la serología no son positivos hasta una prueba de control, semanas después del inicio de la enfermedad.

Si la enfermedad es producida por un serogrupo 1, la cual produce el 80-90% de las infecciones, la prueba del antígeno urinario en el momento de la admisión, será positiva hasta en el 50% de los casos. Los títulos para anticuerpos contra *Legionella* en la fase aguda son rara vez positivos, es necesario tener una muestra en la fase aguda, una muestra en la convalecencia y demostrar un incremento de al menos 4 veces en los anticuerpos por inmunofluorescencia. En un estudio de 68 pacientes con infección por *Legionella*, el diagnóstico fue hecho de esta manera y solamente en el 10% de los casos por el título de anticuerpos en la fase aguda, el número de falsos positivos puede aumentarse cuando solamente se utiliza una muestra. El extendido de esputo para examen directo de anticuerpos contra *Legionella* por fluorescencia es muy inexacto y es positivo en menos de la mitad de los casos. La prueba de DNA para *Legionella* es muy poco sensible. El cultivo de esputo puede documentar la presencia de *Legionella* en cerca del 2% de los casos.

## 2. B. Carcinoma broncogénico es el diagnóstico primario más común

El síndrome de Vena cava superior es la manifestación clínica de la obstrucción de la VCS, la etiología maligna está presente en el 85-90% de los casos. El carcinoma broncogénico es el tumor más frecuentemente asociado 62-87% de los casos. Los tumores del pulmón derecho en especial el tumor de células pequeñas son la causa principal.

Los síntomas más frecuentes son: congestión de las venas de cuello y cabeza (85%), edema de las extremidades superiores y del tronco (31%), disnea (30%), tos y disfonía (20%)

El tumor de Pancoast, que compromete el ápex corresponde a menos del 5% de los casos, usualmente hay compromiso de las costillas superiores, vena subclavia, ganglio estrellado y cuerpos vertebrales. Se acompaña de síndrome de Horner hasta en el 50% de los casos.

## 3. C. Relación FR/ Volumen Corriente igual o menor de 105

La relación FR/VC ha demostrado ser el mejor predictor de éxito en la extubación. FR/VC menor o igual a 105, tiene una sensibilidad del 97% y especificidad del 64%, mejores que las de los demás índices: VE < 15Lt/min (S:78%, E:18%), PIM < 25 cm H<sub>2</sub>O (S:100%, E:11%), VT > 4 ml/kg (S:97%, E:54%), de acuerdo al estudio de Tobin publicado en NEJM. En los pacientes con EPOC la medida de la P 0.1 puede ser equivalente al índice FR/VC.

## 4. C. Carcinoma pulmonar de célula pequeña

Este paciente tiene un cuadro compatible con Síndrome miasténico de Lambert-Eaton, el 40-60% de estos pacientes tienen cáncer de pulmón, la mayoría son tumores de célula pequeña. El cuadro se caracteriza por debilidad de los músculos que afectan más extremidades inferiores que las superiores, fatiga e hiporreflexia, manifestaciones autonómicas como boca seca y ptosis son comunes.

## 5. B. Prueba cutánea para *Aspergillus*

La sospecha clínica es una *Aspergilosis* broncopulmonar aguda. Los criterios diagnósticos son: Asma, Prueba cutánea para *aspergillus*, Precipitinas en suero para *aspergillus fumigatus*, Aumento de la IgE e IgG to *A. Fumigatus*, IGE total > 1000 ng/ml, presencia de infiltrados pulmonares, bronquiectasias centrales y Eosinofilia >1000/ml.

Los factores de riesgo para infección por *aspergillus* son: neutropenia prolongada mayor de 3 semanas, disfunción de neutrófilos, terapia prolongada con corticoides, trasplante, enfermedades hematológicas malignas especialmente leucemia, terapia citotóxica, SIDA.

La presencia de bronquiectasias se asocia a ABPA hasta en el 7% de los casos.

La pHmetría independiente del resultado no explicaría la presencia de bronquiectasias, ni la elevación de la IgE. La radiografía de SPN puede mostrar opacidad de los senos, pero no explicaría los otros hallazgos. El aislar *aspergillus* en esputo o por Broncoscopia no es necesario para hacer el diagnóstico.

## 6. A. Toracentesis

En todo paciente con derrame pleural unilateral o bilateral sin alteraciones en la silueta cardiaca en la placa de tórax, debe considerarse la posibilidad de

derrame maligno y realizar una toracentesis diagnóstica. Es importante estudiar en el líquido el recuento diferencial de glóbulos blancos, las proteínas totales y su relación con las séricas, la LDH, glucosa, pH, amilasa y citología.

La mayoría de los derrames pleurales malignos son exudados. Los derrames paraneoplásicos están asociados con compromiso de los nódulos mediastinales, obstrucción endobronquial con atelectasias, presencia de enfermedad concomitante como ICC. Los derrames malignos usualmente tienen aspecto sanguinolento, menos de la mitad son francamente hemorrágicos. Una tercera parte de los derrames malignos tienen pH < 7.30.

**7. B. Eosinofilia pulmonar tropical**

La Eosinofilia pulmonar tropical se caracteriza por Eosinofilia en sangre, elevación de la IgE y presencia de infiltrados. El diagnóstico diferencial es con neumonía eosinofílica aguda, síndrome de Loeffler y neumonía eosinofílica. La neumonía eosinofílica se caracteriza por la presencia de infiltrados transitorios en parches y no hay elevación de la IgE. El síndrome de Loeffler se diferencia de la Eosinofilia tropical por la presencia de infiltrados transitorios en parches. En un paciente con Eosinofilia tropical pulmonar la prueba de Elisa para anticuerpos contra filaria es positiva, el BAL no muestra eosinófilos, los alvéolos están libres y puede presentarse en cualquier edad. La neumonía eosinofílica es más frecuente en mujeres asmáticas de edad media. La presencia de eosinófilos en el BAL es más característico de Neumonía eosinofílica aguda.

Los pacientes con Eosinofilia tropical tienen tos, disnea y sibilancias y buena respuesta a los esteroides.

**8. C. Corticoide inhalado**

Paciente con asma moderada persistente definida como: síntomas diarios por tiempo prolongado, síntomas nocturnos más de una vez por semana. El manejo recomendado es iniciar corticosteroide inhalado, si no hay mejoría adicionar B2 de acción prolongada.

El salmeterol es menos efectivo que los corticoides inhalados como medicamento controlador. El bromuro de ipatropium es menos efectivo que corticoide inhalado, los corticoides nasales no estarían indicados por que no hay síntomas nasales. Los antagonistas de receptores de leukotrienos son menos efectivos que los esteroides inhalados

**9. B. Respiración de Cheyne-Stokes**

La paciente tiene trastornos del sueño en presencia de disfunción del VI: disnea con el ejercicio, somnolencia diurna, edema maleolar, no es roncadora, tiene taquicardia, estertores, galope, desplazamiento del PMI,

en la radiografía de tórax hay redistribución de flujo, el ecocardiograma muestra dilatación del VI y disminución de la FE siendo la causa más probable de su cuadro clínico una miocardiopatía. El 51% de los pacientes con disfunción del VI tienen un promedio de 44 episodios de apnea/hiponea, de estos el 40% son centrales y el 11% son obstructivos. Los trastornos del sueño se relacionan con interrupción frecuente del sueño, menos estadía REM, lo cual se relaciona con la somnolencia diurna. Se puede presentar con desaturación de O<sub>2</sub>, FA o arritmias ventriculares.

En contra del diagnóstico de SAHOS esta la presencia de falla cardiaca, la ausencia de ronquido y de obesidad. No se puede considerar que las apneas sean idiopáticas porque hay un factor conocido, la hipoventilación relacionada con REM se descarta por la presencia de ICC.

**10.D. Asma Ocupacional**

Los aspectos que están a favor del diagnóstico de asma ocupacional son: el trabajo con acero inoxidable 40 horas por semana, el sabor metálico en la boca, los síntomas respiratorios, la hipoxemia, la presencia de obstrucción en la espirometría. El asma ocupacional se caracteriza por limitación variable al flujo del aire, hiperreactividad bronquial condiciones que se presentan especialmente dentro del ambiente de trabajo. El tiempo de exposición puede variar entre pocas semanas y varios años. Si no hay un período de latencia, se debe pensar en altas concentraciones de la sustancia tóxica y la presencia de RADS.

Los trabajadores expuestos a isocianatos pueden tener asma ocupacional hasta en un 10% de los casos. La bronquitis industrial se caracterizan por la hipersecreción crónica de moco después de exposición continuada, la presencia de obstrucción en la espirometría descarta la alveolitis alérgica, el RADS se descarta por cuanto no hubo exposición aguda a concentraciones elevadas de la sustancia.

**RESPUESTAS SECCIÓN 1**

PREGUNTA	a	b	c	d	e
1		X			
2		X			
3			X		
4			X		
5		X			
6	X				
7		X			
8			X		
9		X			
10					X