



# XV CONGRESO NACIONAL DE INFECTOLOGÍA

 Del 10-13 mayo, 2023

 Centro de Convenciones  
Live Aqua, Punta Cana.

La infectología en tiempos de globalización.



**SOCIEDAD  
DOMINICANA  
DE INFECTOLOGIA**

**RESUMENES DE TRABAJOS  
CIENTIFICOS  
PRESENTADOS**

**OPS**





## CONTENIDO

|  |         |
|--|---------|
| PRINCIPALES MICROORGANISMOS BACTERIANOS IDENTIFICADOS EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. ROBERT REID CABRAL, 2011-2022. ....   | Pág. 3  |
| DIFTERIA: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. ROBERT REID CABRAL EN EL PERIODO ABRIL 2021-FEBRERO 2023. ....  | Pág. 4  |
| ¿QUIÉN FUE PRIMERO? MENINGITIS MIXTA .....   | Pág. 5  |
| UN PROTAGONISTA ENDÉMICO EN UN ESCENARIO INUSUAL: MENINGITIS TUBERCULOSA. ....   | Pág. 6  |
| MENINGITIS POR STREPTOCOCO AGALACTIAE EN HOMBRE PREVIAMENTE SANO, UN CASO A DISCUTIR .....   | Pág. 7  |
| MENINGITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN ADULTOS SIN FACTORES DE RIESGO, SERIE DE CASOS .....   | Pág. 8  |
| BACTERIEMIA, ENDOCARDITIS Y NEUMONIA NECROTIZANTE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN ADULTO CON OSTEOMIELITIS Y MATERIAL DE OSTEOSINTESIS. ....                        | Pág. 9  |
| PRESENTACIÓN INSÓLITA:<br>HERPES ZOSTER OFTÁLMICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE .....  | Pág. 10 |
| PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD UROPATÓGENOS ASOCIADOS A BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN EMBARAZADAS DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA . . . . | Pág. 11 |
| VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVEN CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. ....   | Pág. 12 |
| INFECCIÓN DISEMINADA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA SIMULANDO UNA NEOPLASIA PULMONAR EN UN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO .....                                      | Pág. 13 |

SINDROME NEFROTICO ASOCIADO A SIFILIS SECUNDARIA EN UNA PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO ..... Pág. 15

COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS ASISTIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL REGIONAL UNIVERSITARIO DR. ARTURO GRULLÓN EN EL PERIODO MARZO 2021 A MARZO 2023. .... Pág. 17

UN HALLAZGO INESPERADO EN UN SINDROME FEBRIL .....Pág. 25

PÉRDIDA DE LA VISIÓN: SOLAPAMIENTO INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y NEUROSÍFILIS. A PROPÓSITO DE UN CASO .. Pág. 26

ENCEFALITIS POR HERPESVIRUS 6 Y OTRAS NEUROINFECCIONES SIMULTANEAS EN ADULTO VIH POSITIVO. REPORTE DE UN CASO ..... Pág. 28

PIE DIABÉTICO CAUSADO POR TRICHOSPORON ASAHII V ..... Pág. 29

## PRINCIPALES MICROORGANISMOS BACTERIANOS IDENTIFICADOS EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. ROBERT REID CABRAL, 2011-2022.

Feliezer Romano, Jessica Jiménez, Leomarys Duran, Patricia Feliz, Madelin Reynoso, Maritza Ramírez, Chabela Peña, Jacqueline Sánchez, Hilma Coradin, Josefina Fernández. Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Pediátrico Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, D.N. República Dominicana.

### Abstract

#### Objetivos:

Determinar los principales microorganismos bacterianos identificados en el líquido cefalorraquídeo en el laboratorio de microbiología del Hospital Pediátrico Dr. Robert Reid Cabral, 2011-2022.

#### Métodos:

Estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección de datos retrospectivo que incluyó todos los pacientes que ameritaron realización de punción lumbar y análisis del líquido cefalorraquídeo en el Hospital Pediátrico Dr. Robert Reid Cabral, excluyendo aquellos que tuvieron repetición de muestras de líquido cefalorraquídeo.

#### Resultados:

De un total de 10,917 muestras de líquido cefalorraquídeo analizadas durante los años 2011-2022, 9,892 (91%) no presentó aislamiento de microorganismos y el resto, 1,025 (9%) si se evidenció aislamiento bacteriano. Durante los años 2011-2016 y en el 2019, el *Streptococcus pneumoniae* fue el microorganismo que ocupó el primer lugar en aislamiento de cultivos de líquidos cefalorraquídeos, mientras que, en los años 2017, 2021, 2022, *Klebsiella pneumoniae* reemplazó al anterior como primer agente microbiano identificado, y *Staphylococcus aureus* fue el predominante durante los años 2018 y 2020.

#### Conclusión:

Durante los primeros años estudiados en dicha investigación, el principal agente bacteriano identificado fue el *Streptococcus pneumoniae*, sin embargo su incidencia ha disminuido considerablemente durante los años 2020, 2021, y 2022, en donde prevalecen los bacilos gram negativos, asociados principalmente a paciente con defectos del tubo neural, hidrocefalia congénita y la realización de procedimientos invasivos en el sistema nervioso central, por lo que se hace necesaria la vigilancia, control y prevención de estas infecciones asociadas a la atención en salud.

#### Palabras claves:

Líquido cefalorraquídeo, microorganismos, *streptococcus pneumoniae*, *klebsiella pneumoniae*

**DIFTERIA: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. ROBERT REID CABRAL EN EL PERIODO ABRIL 2021-FEBRERO 2023.**

Jessica Jiménez, Leomarys Duran, Feliezer Romano, Vivian Puente, Madelin Reynoso, Maritza Ramírez, Chabela Peña, Jacqueline Sánchez, Hilma Coradin, Josefina Fernández. Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Pediátrico Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, D.N. República Dominicana.

**Abstract**

La difteria es una enfermedad infecto-contagiosa, inmunoprevenible, producida por el *Corynebacterium diphtheriae*, un bacilo gran positivo capaz de afectar diversos órganos por efecto de su toxina; por esta razón y la remergencia de la enfermedad debido a la interrupción de los programas de inmunización, presentamos a continuación una serie de casos, incluyendo dentro del mismo a los pacientes con hallazgos clínicos de difteria e identificación del microorganismo por cultivo en el período estudiado.

**Material y método:**

Estudio de casos analítico, retrospectivo, revisión de expedientes clínicos.

**Resultados:**

Se incluyeron 11 pacientes, la mayoría perteneciente al sexo masculino y de nacionalidad dominicana, el lugar de mayor procedencia fue de Santo Domingo, la mayoría no tenía un nexo epidemiológico con otro caso; siendo el principal factor de riesgo esquema de vacunación incompleto, las complicaciones presentadas con mayor frecuencia fueron cardiovasculares, y se asoció como signo de mal pronóstico el cuello de toro con una mortalidad de 60%.

**Palabras claves:**

Difteria, inmunoprevenible, cultivo, complicaciones.

## ¿QUIÉN FUE PRIMERO? MENINGITIS MIXTA

Leomarys Duran, Jessica Jiménez, Feliezer Romano, Vivian Puente, Madelin Reynoso, Maritza Ramírez, Chabela Peña, Jacqueline Sánchez, Hilma Coradin, Josefina Fernández  
Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Pediátrico Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana.

### **Abstract**

La inflamación de las meninges y el encéfalo, conocida como “meningoencefalitis” es de etiología variada, causada en aproximadamente un 90% de los casos por agentes virales y bacterianos; aunque su incidencia ha disminuido por la inclusión de vacunas contra meningococo, neumococo y Haemophilus influenzae tipo b en los diferentes calendarios vacunales; todavía, estas representan una importante causa de morbi-mortalidad en la edad pediátrica; por otra parte, la encefalitis por Citomegalovirus (CMV) es una enfermedad poco habitual en pacientes inmunocompetentes, escasamente documentada en la edad pediátrica, produciendo en algunas ocasiones manifestaciones graves; razón que motiva la publicación de este caso. Se trata de una paciente femenina, de 3 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, con esquema de vacunación incompleto; que es traída a este centro con historia de fiebre de 2 días de evolución y convulsiones tónico-clónicas de 1 día de evolución; quién se diagnostica y trata como meningitis bacteriana por hallazgos clínicos, de citoquímico del líquido cefalorraquídeo y tomográficos; tras la realización de panel meningitis-encefalitis se detectan: Citomegalovirus y Haemophilus influenzae, cambiando el diagnóstico a meningitis mixta; tras cumplir manejo antibiótico y antiviral, se decide su egreso en condiciones generales estables.

### **Palabras claves:**

Meningitis, inmunoprevenible, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento.

## UN PROTAGONISTA ENDÉMICO EN UN ESCENARIO INUSUAL: MENINGITIS TUBERCULOSA.

Leomarys Duran, Jessica Jiménez, Feliezer Romano, Vivian Puente, Madelin Reynoso, Maritza Ramírez, Chabela Peña, Jacqueline Sánchez, Hilma Coradin, Josefina Fernández. Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Pediátrico Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana.

### Abstract

Entre las formas graves de la tuberculosis extrapulmonar, la más temida es la tuberculosis meníngea, ocurriendo por diseminación hematológica tras un foco pulmonar primario, conocer su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento es la motivación de presentar el caso clínico a continuación. Se trata de paciente femenina de 1 año de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, a quién no se le administró vacuna BCG (bacilo de Calmette-Guérin) al nacer, recibiendo con cuadro de vómitos, diarrea y fiebre de aproximadamente un mes de evolución, visitando varios centros de salud hasta ser referida a nuestro centro con diagnóstico de probable neuroinfección, recibiendo inestable a nivel hemodinámico y neurológico, con datos clínicos y tomográficos de hipertensión intracraneal, confirmando el diagnóstico de meningitis tuberculosa, mediante la detección de *Mycobacterium tuberculosis* en Gene-Xpert de líquido cefalorraquídeo; y tras instauración de drogas antituberculosas y mejoría del estado general, se egresa en condiciones generales estables.

### Palabras claves:

Tuberculosis, inmunoprevenible, diagnóstico, tratamiento.



## MENINGITIS POR STREPTOCOCCO AGALACTIAE EN HOMBRE PREVIAMENTE SANO, UN CASO A DISCUTIR PRESENTACION DE UN CASO.

Karina Espaillat, Claudia Blanco, Alberto Mata. CEDIMAT-INTEC, Santo Domingo, República Dominicana.

### Introducción:

*Streptococcus agalactiae* es un habitante usual del microbiota humano, que en frecuentes ocasiones es también una causa de infección en niños y embarazadas, sin embargo, es menos frecuente aislarlo como etiología de infecciones de hombres sanos y mujeres no gestantes, especialmente en meningitis bacteriana.

### Presentación de caso:

Masculino de 26 años previamente sano, con historia de tos y expectoración color verde de 1 semana, fiebres de 3 días sin predominio de horario agregándose hace 1 día náuseas, fotofobia y cefalea holocraneana de 8/10 en la escala del dolor. Una tomografía axial computarizada de cráneo con ausencia de anomalía a nivel intracraneal, Engrosamiento mucoso inflamatorio en senos maxilares, y seno esfenoidal. Tres horas luego de su ingreso presenta fiebre 39 grados y cervicalgia. Se realiza punción lumbar donde se evidencia 10,927 leucocitos, neutrófilos 93%, 20 eritrocitos, proteínas 179 mg/dL, glucosa 87 mg/dL por lo que se inicia vancomicina, ceftriaxona y dexametasona como manejo empírico de meningitis bacteriana. FilmArray detecta *Streptococcus agalactiae* y posteriormente se aísla en hemocultivo. Se continúa vancomicina por 14 días; hemocultivos resultaron negativos 72 horas después. Paciente fue egresado asintomático.

### Discusión:

Las meningitis bacterianas por *S. agalactiae* presentan el 0,4 al 7,4 % en la literatura (1). La mayoría de los casos fuera del período periparto son pacientes de edad avanzada o con enfermedades comórbidas inmunosupresoras como diabetes mellitus (2). Identificar este agente etológico en meningitis bacteriana es de interés clínico con el fin de investigar factores predisponentes en adultos previamente sanos.

---

### Bibliografía

(1) Coelho T, Pacheco M, Mendes T, Valente J, Gil P. Invasive *Streptococcus agalactiae* Disease With Meningitis and Septic Arthritis in a Non-pregnant Patient. *Cureus*. 2022 Nov 4;14(11):e31077. doi: 10.7759/cureus.31077. PMID: 36349074; PMCID: PMC9634503.

(2) Li LQ, Cheema S, Goel N. Group B streptococcal meningitis in a previously healthy man. *BMJ Case Rep*. 2016 Jan 12;2016:bcr2015213999. doi: 10.1136/bcr-2015-213999. PMID: 26759446; PMCID: PMC4716426.

## **MENINGITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN ADULTOS SIN FACTORES DE RIESGO, SERIE DE CASOS, PRESENTACION DE DOS CASOS.**

Karla Herrera, Melissa Reyes, Antonio Villegas, Claudia Blanco, Theany Torres, Elianet Castillo, CEDIMAT, Santo Domingo, República Dominicana.

### **Introducción:**

La meningitis bacteriana es una enfermedad inflamatoria de origen infeccioso de las leptomeninges y del espacio subaracnoideo (1,2). Una diferenciación clara entre los agentes etiológicos es esencial para el manejo (3). Dichos agentes varían según la edad y factores de riesgo individuales. El *S. agalactiae*, aunque asociado a recién nacidos y en ocasiones a mujeres embarazadas, se ha descrito como una causa infrecuente de meningitis en la población adulta sin riesgo (4,5).

A continuación, se presentarán 2 casos de meningitis por *S. agalactiae* en adultos sin riesgo.

### **Presentación de casos:**

#### **Caso #1:**

Masculino de 26 años, el cual, presenta fiebre de 3 días de evolución, acompañada de cefalea, fotofobia, náuseas y vómitos. Se realiza punción lumbar y se inicia antibioterapia empírica con Ceftriaxona y Vancomicina. El estudio de LCR mostró de 10972 glóbulos blancos x mm<sup>3</sup> con 93% de neutrófilos. El panel de meningitis y los hemocultivos detectan *S. agalactiae*.

#### **Caso #2:**

Masculino de 44 años, el cual, presenta dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo de 2 días de evolución y fiebre de 1 día de evolución. Al examen físico presenta 38.4C de temperatura, rigidez de nuca y dolor a la flexión de miembros inferiores. Se realiza punción lumbar y se inicia Ceftriaxona y Vancomicina. El estudio de LCR mostró 2190 glóbulos blancos x mm<sup>3</sup> con 75% de neutrófilos. El panel de meningitis y hemocultivos detectan *S. agalactiae*.

### **Discusión:**

El *S. agalactiae* puede ser responsable de algunos casos de meningitis bacteriana en adultos sin factores de riesgo.

## **BACTERIEMIA, ENDOCARDITIS Y NEUMONIA NECROTIZANTE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN ADULTO CON OSTEOMIELITIS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.**

Yocy Novas, Yeison Reyes, Claudia Blanco. Centro Diagnóstico y Medicina Avanzada y de Conferencias Médicas y Telemedicina (CEDIMAT), Santo Domingo, República Dominicana

### **Introducción:**

El *Staphylococcus aureus* es una de las principales causas de bacteriemia tanto adquirido en la comunidad como en el hospital. Este tipo de reporte describe las complicaciones asociadas a la bacteriemia por *S. aureus*.

### **Resumen:**

Masculino de 54 años con antecedentes de fractura de tibia y peroné izquierdo (junio 2022, con colocación de material de osteosíntesis), quien se presenta cuadro clínico caracterizado por disnea en reposo, con disminución de los niveles de saturación (85%) y alteración de la mecánica ventilatoria. El mismo refiere historia de fiebre no termometrada, edema, rubor, calor y dolor en área quirúrgica de aproximadamente 1 mes. A su llegada se le realiza Angiotomografía de tórax que reporta múltiples imágenes nodulares subsólidas hacia la periferia bilaterales, multilobales algunas de ellas cavitada. Se inicia terapia con Vancomicina y Cefepime. Hemocultivos reportan crecimiento de *Staphylococcus aureus* resistente a Metilina (MIC de Vancomicina 1), por lo que se suspende Cefepime y se realiza ecocardiograma transtorácico que mostró imágenes hiperecogénicas de bordes irregulares, movimiento errático, una de las de 18mm y otra de 12.5mm, sugestivas de vegetaciones en la válvula tricúspide, asociada a insuficiencia tricúspidea leve. Se realizó gammagrafía ósea que reporto datos a favor de osteomielitis de tibia y peroné izquierdo. Se retira material de osteosíntesis. Ante reporte de hemocultivos control persistentemente positivos sin cambios en el patrón de resistencia, se decide agregar a la terapia antibiótica Linezolid. Luego, fue sometido a recambio de la válvula tricúspide y tras 72 horas de tratamiento posterior a la cirugía valvular se toma nuevo set de hemocultivos los cuales finalmente reportan no crecimiento definitivo. Se cumplen 14 días de tratamiento con Linezolid se egresa satisfactoriamente con fines de completar terapia ambulatoria.

### **Discusión:**

La bacteriemia por *S. aureus* puede conducir a una amplia gama de complicaciones que aumentan la morbilidad y mortalidad en los pacientes, por lo que es vital un reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno de las mismas.

**PRESENTACIÓN INSÓLITA:  
HERPES ZOSTER OFTÁLMICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO  
INMUNOCOMPETENTE**

Jessica Jiménez, Leomarys Duran, Patricia Feliz, Michael Medina, Madelin Reynoso, Maritza Ramírez, Chabela Peña, Jacqueline Sánchez, Hilma Coradin, Josefina Fernández. Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Pediátrico Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana.

**Abstract**

El herpes zóster representa la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ), cuya presentación es infrecuente en personas menores de 60 años, siendo el factor desencadenante más frecuente el inmuno comprometido; la variante con mayor morbilidad la constituye el herpes zóster oftálmico, siendo infrecuente su presentación en edades pediátrica. Por esta razón presentamos el caso de un masculino de 4 años de edad, con antecedente de haber padecido varicela años anteriores, quién llega a este centro con lesiones vesículo-costrosas en región facial derecha, dolor, signo de Hutchinson y fiebre de 3 días de evolución, recibiendo tratamiento intrahospitalario con aciclovir sistémico y tópico, siendo egresado en condiciones generales estables.

**Palabras claves:**

Reactivación, edad, síntomas, tratamiento.

## PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD UROPATÓGENOS ASOCIADOS A BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN EMBARAZADAS DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

Xiomara Rodríguez<sup>1</sup>, Estefanía Di Sanzo<sup>1</sup>, Clevy Pérez<sup>2</sup> <sup>1</sup> Residencia Nacional de Infectología de Adultos Hospital Salvador B. Gautier <sup>2</sup> Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, Santo Domingo, República Dominicana.

### Introducción:

La bacteriuria asintomática durante el embarazo tiene una prevalencia de 2-7% <sup>1</sup>. Por alto riesgo de desarrollar pielonefritis, partos prematuros y bajo peso al nacer, la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América, recomienda la detección de bacteriuria asintomática <sup>2</sup>. E. Coli es el uropatógeno predominante, seguido por los estreptococos <sup>1</sup>. Como otras infecciones adquiridas en la comunidad, la resistencia a los antimicrobianos es una preocupación creciente.

### Objetivos:

Identificar frecuencia uropatógenos asociados a bacteriuria asintomática. Determinar perfil susceptibilidad uropatógenos en bacteriuria asintomática.

### Material y métodos:

Estudio descriptivo, corte transversal, recolección retrospectiva datos en registro urocultivos laboratorio Microbiología, muestras colectadas en embarazadas que acudieron a consulta externa durante período agosto 2022 a enero 2023. Determinación susceptibilidad por método difusión en agar. La interpretación medición halo de inhibición según recomendaciones de Clinical and Laboratory Standards Institute.

### Resultados:

La población fue 2003 pacientes, 126 pacientes cursaron con bacteriuria para una prevalencia de 6.29%. El uropatógeno más frecuente fue E. Coli en 44.4%, seguida por especies de estreptococos en 18.3%. Hubo 3 aislamientos de E. Coli, productores de betalactamasa de espectro extendido; 3.7% presentaba resistencia a nitrofurantoína. En estreptococos, 1 aislamiento resistente a penicilina.

### Discusión y conclusiones:

La prevalencia, frecuencia de uropatógenos y susceptibilidad son similares a estudios regionales y mundiales **(1,2,3,4,5,6)**. Se evidencia baja tasa resistencia a fármacos de primera línea. Se debe mantener medidas de optimización de uso de antimicrobianos, ya que se cuenta con menos opciones terapéuticas seguras en comparación con la población general.

### Palabras claves:

Bacteriuria, uropatógenos, susceptibilidad, E. coli, estreptococos.

### Bibliografía

- (1) UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Apr 9]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomaticbacteriuria-inpregnancy?search=bacteriuria%20en%20e%20embarazo&source=search\\_result&selecte dTitle=1~121&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H24933487](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomaticbacteriuria-inpregnancy?search=bacteriuria%20en%20e%20embarazo&source=search_result&selecte dTitle=1~121&usage_type=default&display_rank=1#H24933487). (2) Lindsay E Nicolle, Kalpana Gupta, Suzanne F Bradley, Richard Colgan, Gregory P DeMuri, Dimitri Drekonja, Linda O Eckert, Suzanne E Geerlings, Béla Köves, Thomas M Hooton, Manisha Juthani-Mehta, Shandra L Knight, Sanjay Saint, Anthony J Schaeffer, Barbara Trautner, Bjorn Wullt, Reed Siemieniuk, Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America, Clinical Infectious Diseases, volumen 68, número 10, 15 de mayo de 2019, páginas e83–e110 , <https://doi.org/10.1093/cid/ciy1121>. (3) Campo-Urbina ML, Ortega-Ariza N, Parody-Muñoz A, Gómez-Rodríguez LDC. Caracterización y perfil de susceptibilidad de uropatógenos asociados a la presencia de bacteriuria asintomática en gestantes del departamento del Atlántico, Colombia, 2014- 2015. Estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017 Mar 31;68(1):62. (4) Romero CE, Morales KRDP, Oviedo DKA, Zapata KSH. Etiología y susceptibilidad antimicrobiana de urocultivos de pacientes gestantes del cantón Rumiñahui, Ecuador. Revista Eugenio Espejo [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 9];16(2):47–54. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572870672012/html/> (5) Jaramillo-Jaramillo LI, Ordoñez-Aristizábal KJ, Jiménez-Londoño AC, Uribe-Carvajal MC. Perfil clínico y epidemiológico de gestantes con infección del tracto urinario y bacteriuria asintomática que consultan a un hospital de mediana complejidad de Antioquia (Colombia). Arch Med (Manizales). 2021; 21(1):57-66. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3877.2021> . (6) Quirós-Del Castillo AL, Apolaya-Segura M, Quirós-Del Castillo AL, Apolaya-Segura M. Prevalencia de infección de la vía urinaria y perfil microbiológico en mujeres que finalizaron el embarazo en una clínica privada de Lima, Perú. Ginecología y obstetricia de México [Internet]. 2018;86(10):634–9. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412018001000634](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018001000634),

## VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVEN CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Estefanía Di Sanzo (a), Xiomara Rodríguez (a), Clevy Pérez (b). (a) Residencia Nacional de Infectología de Adultos Hospital Salvador B. Gautier y (b) Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia, Santo Domingo, República Dominicana

### Introducción

La inmunización en mujeres embarazadas induce una respuesta inmunitaria específica en las madres y la transferencia de anticuerpos para proteger al feto de infecciones adquiridas durante la gestación y después del nacimiento. 1 La infección por SARS-CoV-2 puede impactar severamente a las mujeres embarazadas, ya que experimentan un mayor riesgo de enfermedad grave. 2 La inmunosupresión relacionada con el VIH afecta la respuesta de anticuerpos a las vacunas contra el SARS-CoV-2 particularmente en pacientes con recuentos de células CD4 <200 células/ $\mu$ L.3

### Objetivo:

Determinar estado de vacunación de COVID-19, difteria, tétanos, pertussis e influenza.

### Materiales y métodos:

Estudio descriptivo con recolección retrospectiva y prospectiva de datos. Realizado noviembre 2022 -febrero 2023, a 62 de un universo de 92 pacientes.

### Resultados:

En este estudio evidenciamos que 6 de las 62 pacientes se habían administrado las tres vacunas correspondiendo a un 12.9%. La vacuna contra la influenza solo fue administrada por dominicanas (12.90%). La vacuna frente a COVID 19 se la administró el 29%. Un 17.74% no se administró ninguna vacuna de las cuales el 90.9% eran extranjeras. 48.39% de las pacientes eran extranjeras. El 80.65% tenía entre 18-35 años.

### Discusión y conclusiones:

Número importante de embarazadas no habían completado su esquema de vacunación, dentro de las que no habían completado fue más frecuente en las extranjeras. La vacuna menos administrada fue la influenza, lo que evidencia la necesidad de intervenir especialmente una población inmunocomprometida como son las embarazadas que viven con Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

### Palabras Claves

Embarazo, VIH, vacunación

---

### Bibliografía:

Bibliografía 1 ACOG Committee Opinion No. 741: Maternal Immunization. *Obstet Gynecol.* 2018 Jun;131(6):e214-e217. doi: 10.1097/AOG.0000000000002662. PMID: 29794683. 3 Corma-Gómez A, Fernández-Fuertes M, García E, Fuentes-López A, Gómez-Ayerbe C, Rivero-Juárez A, Domínguez C, Santos M, Viñuela L, Palacios R, Real LM, Rivero A, Macías J, Pineda JA, García F. Severe immunosuppression is related to poorer immunogenicity to SARS-CoV-2 vaccines among people living with HIV. *Clin Microbiol Infect.* 2022 Nov;28(11):1492-1498. doi: 10.1016/j.cmi.2022.05.018. Epub 2022 May 28. PMID: 35640840; PMCID: PMC9144847. 2 Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, Woodworth KR, Nahabedian JF 3rd, Azziz-Baumgartner E, Gilboa SM, Meaney-Delman D; CDC COVID19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Nov 6;69(44):1641-1647. doi: 10.15585/mmwr.mm6944e3. PMID: 33151921; PMCID: PMC7643892

## INFECCIÓN DISEMINADA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA SIMULANDO UNA NEOPLASIA PULMONAR EN UN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO PRESENTACION DE UN CASO.

Elizabeth Sánchez<sup>1</sup>, María Dominic Rodríguez<sup>1</sup>, Ann Sánchez<sup>2</sup> Residencia del servicio de Infectología<sup>1</sup> Departamento de Investigación<sup>2</sup>. Hospital General de la Plaza de la Salud. Santo Domingo, República Dominicana.

### Introducción:

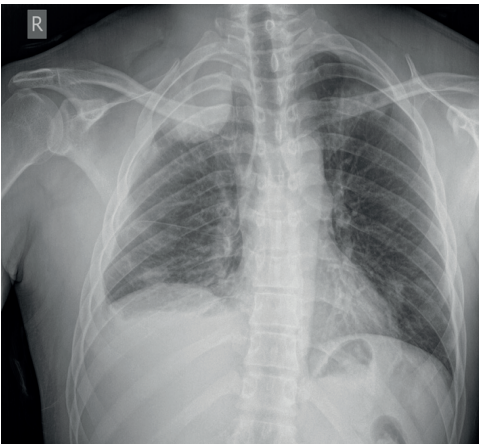
Las infecciones diseminadas por *Staphylococcus áureas* resistente a meticilina (MRSA) se pueden presentar de una miríada de formas, y el objetivo terapéutico se basa en la identificación y el potencial control de un foco primario.

### Caso clínico:

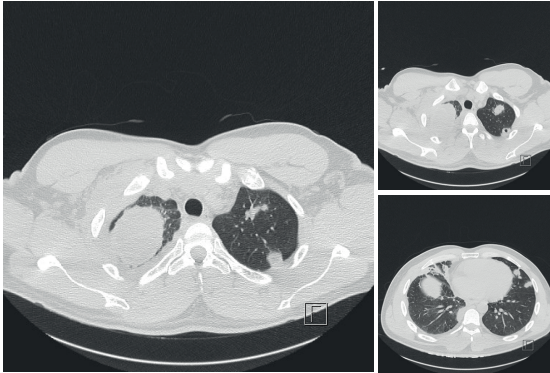
Masculino de 35 años sin antecedentes mórbidos, acude a consulta externa por presentar dolor en hemitórax derecho, de inicio insidioso, intensidad 9/10 en la escala del dolor, punzante, irradiado a región dorsal, exacerbado con la inspiración de una semana de evolución. Se realiza radiografía de tórax reportando efusión pleural y opacidad apical pulmonar derecha. Referido al servicio de medicina interna e ingresa a sala clínica bajo la sospecha de neoplasia pulmonar. Se evalúa paciente alerta, orientado, quejumbroso, afebril, Sat O<sub>2</sub> 97%, con hipofonesis en base pulmonar derecha, aumento del volumen del hemitórax y brazo derecho, con limitación al movimiento. Resto de examen sin alteraciones. Se destacan en estudios complementarios WBC 26K3, PMN 87%, PCT 1.04 ng/dl, Leu 10-20/c en orina. Marcadores tumorales negativos. Uro/Hemocultivo y tejido pulmonar: MRSA. Se trató por 19 días con vancomicina, obteniendo hemocultivo control negativo al 3er día, presentando resolución clínica y mejoría radiográfica.

### Discusión:

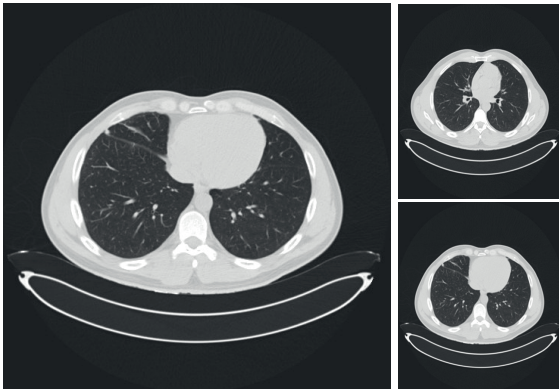
*Staphylococcus áureas* tiene la capacidad de emular distintos escenarios clínicos. Los hallazgos descritos guardan similitud con procesos neoplásicos, mostrando la importancia de realizar estudios complementarios en pacientes sin aparentes factores de riesgo. La realización de estudios microbiológicos, histopatológicos y el abordaje integral del paciente, confirmaron la etiología infecciosa y descartaron la tumoral.



**Fig. 1: RX TÓRAX:** Radio parcialidad apical derecha condicionando atelectasia. Derrame pleural derecho.



**Fig.2: TAC TÓRAX:** Colección extra pulmonar loculada apical derecha, colecciones complejas en parillo costal infrapectoral y axilar derecha, derrame pleural derecho. Nódulos pulmonares bilaterales y cavitados apical izquierdo, infiltrado alveolo intersticial pulmonar bilateral con consolidado en lóbulo medio y lóbulo inferior derecho, derrame pericárdico.



**Fig. 3: TAC TORAX CONTROL:** Resolución de las colecciones y derrame pleural. Cambios inflamatorios pleuro pulmonar crónico. Bandas de fibroatelectasia derecha.



## SINDROME NEFROTICO ASOCIADO A SIFILIS SECUNDARIA EN UNA PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO

Melissa Reyes, Karla Herrera, Antonio Villegas, Claudia Blanco, Elianet Castillo, José Segura, Franchesca Gómez, CEDIMAT, Santo Domingo, República Dominicana.

### Introducción:

La sífilis es una infección causada por la bacteria *Treponema pallidum*, que se transmite principalmente por vía sexual. Los síntomas varían según la etapa de la enfermedad, temprana o tardía (1). La sífilis secundaria puede afectar los riñones, causando síndrome nefrótico en mayor frecuencia, proteinuria aislada y glomerulonefritis aguda hematúrica (2).

### Presentación de caso:

Femenina de 21 años, con antecedentes de papilomatosis vaginal previa, con presentación aguda de edema en miembros inferiores y oliguria. Al examen físico solo relevante edema de miembros superiores e inferiores, y cara. Se realizan analíticas de laboratorio: hemograma, azoados, electrolitos, C3, C4, ANA normales; colesterol total 271 y LDL 199; examen de orina con proteínas 4+, sangre oculta 2+, leucocitos 8-10/c, eritrocitos 2-4/c (50% crenados), cilindros granulosos 1-2/c, hialinos 35-40/c; albúmina sérica 1.7; proteínas en orina de 24 horas 4,354.20; VDRL reactivo en 16 diluciones, FTA-ABS reactivo, HIV, HbsAg y HVC negativos. El tratamiento incluyó irbesartán, atorvastatina, enoxaparina y furosemida, seguido por penicilina benzatínica semanal 3 dosis recomendada por Infectología. Nefrología reportó mejoría en el edema después de 48 horas de antibioterapia, y a los dos meses se observó resolución total del edema, con niveles tensionales y función renal normales, y proteínas en orina negativas.

### Discusión:

El síndrome nefrótico, aunque poco común puede ser causado por la sífilis en adultos, incluso en pacientes asintomáticos. Los síntomas incluyen una presentación aguda, pruebas positivas de sífilis, función renal normal, y pueden curarse espontáneamente o con tratamiento antibiótico (3). Dichas características coinciden con el presente caso.

---

### Bibliografía

1. Syphilis: Epidemiology, pathophysiology, and clinical manifestations in patients without HIV - UpToDate [Internet]. [citado 9 de abril de 2023]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/syphilis-epidemiology-pathophysiology-and-clinical-manifestations-in-patients-without-hiv?search=sifilis>
2. Ramos RM, Ramos JM, Barrio M, Torralba M, Herrero F. Síndrome nefrótico asociado a lúes secundaria. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de octubre de 2000;18(8):421-2.
3. Pérez Montoto A, Álvarez Ramos M, Portales Calderin Y. Síndrome Nefrótico asociado a Sífilis secundaria: reporte de caso: Síndrome Nefrótico asociado a Sífilis secundaria. *UNESUM-Cienc Rev Científica Multidiscip* ISSN 2602-8166 [Internet]. 28 de agosto de 2022 [citado 9 de abril de 2023];6(4). Disponible en: <http://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/682>

# Seroprevalencia de DENV-2 en una cohorte de pacientes críticos en un centro de salud de la Vega. República Dominicana, 2022.

**Eduardo de la Cruz (1), Manuel E. Colomé Hidalgo (2), Silvia García(3),Patricia Brea(4) (1) Pediatra Infectólogo, (2) Gerente del Servicio de Epidemiología, Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza. (3) Pediatra General. (4) Nutrióloga clínica**

## CONTENIDO

### ANTECEDENTES

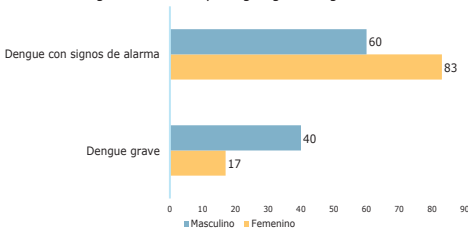
- El dengue es una enfermedad de tipo viral causada por 4 serotipos transmitidos por el mosquito del género aedes. Ha provocado en la última década un problema a nivel de salud pública, siendo la enfermedad que más ha alcanzado en términos de incidencia.
- Estudios realizados en base a la epidemiología del dengue en Centroamérica y República Dominicana, con recolección de datos de 10 años(2005-2014), dio como resultado la notificación de más de 1 millón de casos, con una letalidad 0,08%, donde los 4 serotipos del virus circularon en el decenio estudiado, siendo el DENV2 el prevalente en nuestro territorio

### MÉTODOS

- Secuenciamos el gen de la envoltura de DENV2 obtenido de muestras de suero de pacientes de UCI, y posteriormente, realizamos un análisis descriptivo de la población en función de variablesepidemiológicas de tiempo, lugar y persona.

### RESULTADOS

Figura 1. Distribución de frecuencia de dengue con signos de alarma y dengue grave según sexo



### OBJETIVO

- Determinar la seroprevalencia del dengue tipo 2 en una cohorte de pacientes críticos en la unidad de terapia intensiva de la Clínica la Concepción de la Vega.

Figura 1. Características de los casos de dengue

|                             | n | %   |
|-----------------------------|---|-----|
| <b>Sexo</b>                 |   |     |
| Femenino                    | 6 | 54% |
| Masculino                   | 5 | 46% |
| <b>Procedencia</b>          |   |     |
| La Vega                     | 5 | 45% |
| Bonao                       | 3 | 27% |
| Jarabacoa                   | 1 | 9%  |
| Constanza                   | 1 | 9%  |
| San Francisco               | 1 | 9%  |
| <b>Clasificación</b>        |   |     |
| Dengue Grave                | 3 | 27% |
| Dengue sin signos de alarma | 8 | 73% |
| <b>Serotipificación</b>     |   |     |
| DENV-2                      | 7 |     |
| Negativo                    |   |     |
| <b>Condición</b>            |   |     |
| Recuperado                  |   |     |
| Fallecido                   |   |     |

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El DENV2 sigue siendo el serotipo más prevalente en la región con un 64%
- En los casos de dengue con signos de alarma el sexo femenino presentó el mayor número de casos y al mismo tiempo no hubom defunciones.
- Mayor implementación en la indicación de la serotipificación del virus, que conllevarría a la confirmación del pronóstico de los casos de acuerdo al más virulento, siendo la desventaja de esta prueba el costo elevado.
- Cobertura por parte de las aseguradoras para fomentar dicha herramienta como aliado para el diagnóstico a tiempo de la enfermedad.

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés

## COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS ASISTIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL REGIONAL UNIVERSITARIO DR. ARTURO GRULLÓN EN EL PERIODO MARZO 2021 A MARZO 2023.

Genara Santana, Omar Despradel, Yaniris Robles, Juana Mercado, Alicia Rivas V., Diamilde Cruz Devora, Juanita Peña, María Altagracia Neri, Arelis Sánchez. Institución: Hospital Infantil Regional Universitario Dr. Arturo Grullón. Departamento: Infectología, Santiago, Rep. Dom

### RESUMEN

#### Objetivo:

Conocer el Comportamiento clínico epidemiológico de la tuberculosis en pacientes menores de 18 años asistido en el Hospital Infantil Regional Universitario Dr. Arturo Grullón en el periodo marzo 2021 a marzo 2023.

#### Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, retro prospectivo, analítico, y observacional de corte transversal de fuente secundaria. Se diseñó una ficha que incluyó datos sociodemográficos, fisiopatológicos y las características al diagnóstico.

#### Resultados:

De los 42 pacientes vistos en la Unidad de Tuberculosis, la edad más afectada los de 1 a 4 años (35%). El sexo predominante fue el masculino 22 (59%) con 26 dominicanos (70%) y 11 haitianos (30%). La comorbilidad observada en 19% fue VIH. La mitad de los pacientes tenían previamente una historia de contacto conocida. Los síntomas asociados a diagnóstico de tuberculosis, fue 89% de las fiebres seguido 54% pérdida de peso. El tipo de tuberculosis fue la pulmonar con 26 casos (70%), con GeneXpert (27%).

#### Conclusiones:

La presentación de tuberculosis pulmonar, menores de 5 años y más de la mitad tenía historia de contacto son los factores asociados a mayor frecuencia de TB en el Hospital Infantil Dr. Arturo Grullón.

#### Palabras Claves:

Tuberculosis, Pediatría, Sociodemográfica, VIH, República Dominicana.

#### Bibliografía

1. Martínez, L., Lo, N. C., Cords, O., Hill, P. C., Khan, P., Hatherill, M., Mandalakas, A., Kay, A., Croda, J., Horsburgh, C. R., Zar, H. J., & Andrews, J. R. (2019). Paediatric tuberculosis transmission outside the household: challenging historical paradigms to inform future public health strategies. *The Lancet. Respiratory medicine*, 7(6), 544–552. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30137-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30137-7). Informe de Gestión del programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. (PNCT). Viceministerio de Salud Colectiva, MSP, 2022. 3. Bossio, Juan Carlos; Arias, Sergio; Fernández Hugo. Involucrando a nuestros Socios para Alcanzar los ODS Juntos. Organización Panamericana de la Salud 4. Estrategia Fin de la TB. Informe Mundial de la TB 2021. 5. Por primera vez en más de una década, aumenta la mortalidad de la tuberculosis. Noticias ONU. 24 de marzo 2022 6. Ramos Amador JT, Illán Ramos M, Francisco González L. Actualización en tuberculosis infantil. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 253-257 7. Macías Parra Mercedes. Tuberculosis pediátrica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2017 Feb [citado 2023 Abr 04] ; 74( 1 ): 1-2. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=scl\\_arttext&pid=S1665-11462017000100001&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=scl_arttext&pid=S1665-11462017000100001&lng=es). <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2017.01.003>. 8. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerao-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit*. 2015;17(1):3- 11. [ Links ] 9. Pérez-Guzmán C, Vargas MH, Arellano-Macías M del R, Hernández-Cobos S, García-Ituarte AZ, Serna-Vela FJ. Clinical and epidemiological features of extrapulmonary tuberculosis in a high incidence region. *Salud Publica Mex*. 2014;56(2):189-96. [ Links ] 10. García Ayerra María, Mosquera Gorostidi Arantxa, Herranz Aguirre Mercedes, Gil Setas Alberto. Enfermedad tuberculosa en la edad pediátrica: experiencia de diez años. *Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]*. 2019 Jun [citado 2023 Abr 04]; 21(82): e61-e66. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=scl\\_arttext&pid=S1139-76322019000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=scl_arttext&pid=S1139-76322019000200008&lng=es). Epub 14-Oct-2019. 11. Tuberculosis [Internet]. Who.int. [citado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> 12. Informe De Gestión Del Programa Nacional De Control Y Eliminación De Tuberculosis. Pnct 2022. Santo Domingo, Rep. Dominicana.

### Introducción

La tuberculosis es una enfermedad endémica en nuestro país, una de las principales causas de muerte a nivel mundial a pesar<sup>1</sup>. En nuestro país contamos con un Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis, quien da la respuesta nacional a la enfermedad y rige las intervenciones que se realizan para evitar la propagación de la enfermedad<sup>2</sup>. Así mismo, una de las metas contempladas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluye el fin de epidemias dentro de las que se incluye la tuberculosis<sup>3</sup>.

Para el año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 291,000 nuevos casos de tuberculosis y 27,000 muertes; haciendo énfasis en que la pandemia por COVID-19 ha revertido los logros en la Estrategia Fin de la TB: traduciendo estos datos en un aumento de las muertes por tuberculosis en más de una década.<sup>4</sup> En cuanto a la población infantil, para el mismo año el 63% de los niños menores de 15 años con tuberculosis no recibieron tratamiento, y un 72% de los menores de 5 años<sup>5</sup>. Nuestro país padece una carga mediana de tuberculosis, y tiene dentro de la región de las Américas una de las mayores cargas de coinfección TB/VIH.

Para el año 2021 en nuestro país se reportaron 3,326 casos nuevos, incidencia de 31.5 casos por 100,000 habitantes, mientras que la mortalidad se estima que fue de 2 por cada 100,000 habitantes y en los casos de coinfección TB/VIH la mortalidad alcanzó 4.5 por cada 100,000 habitantes.<sup>2</sup>

Sabiendo que en contamos con un programa el país que da seguimiento al tratamiento de los pacientes diagnosticado, y partiendo de la premisa de que, para que haya un niño con tuberculosis debió ser infectado por un adulto y viendo que la incidencia de la enfermedad está en aumento en el hospital en este último año, nos planteamos estudiar el comportamiento clínico epidemiológico de la tuberculosis en el periodo marzo 2021 a marzo 2023, en la población pediátrica que se asiste en la Unidad de Tuberculosis del Hospital.

### I. Objetivos de la investigación

#### Objetivo general

Conocer el Comportamiento clínico epidemiológico de la tuberculosis en pacientes menores de 18 años asistido en el Hospital Infantil Regional Universitario Dr. Arturo Grullón en el periodo marzo 2021 a marzo 2023

#### Objetivos específicos

1. Determinar los datos sociodemográficos de los pacientes afectados con tuberculosis que asisten al hospital
2. Conocer las manifestaciones clínicas, comorbilidades e historia de contacto de los pacientes diagnosticado con tuberculosis en el hospital.
3. Identificar el método diagnóstico utilizado en los pacientes tratados por tuberculosis.
4. Identificar la forma más frecuente de presentación tuberculosis de los pacientes asistido en el hospital.
5. Conocer mortalidad en pacientes con tuberculosis.

#### Materiales y Métodos Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico, y observacional de corte transversal de fuente secundaria, de los pacientes que asisten al Departamento de Tuberculosis del Hospital Infantil Regional Universitario Dr. Arturo Grullón en el periodo marzo 2021 a marzo 2023. El tipo de muestra fue censal, ya que se obtuvo acceso a la totalidad de los expedientes clínicos de pacientes ingresados en la Unidad de Tuberculosis de la institución, desde marzo 2021 a marzo 2023.

De los 42 casos se incluyeron 37 pacientes que fueron diagnosticados con tuberculosis en todas sus formas en la unidad de tuberculosis del hospital, y que cumplieron los criterios de inclusión sometidos para el estudio, se excluyeron los pacientes que no se llegaron a ingresar a la unidad (que acudían para la realización de un procedimiento específico) o que no tenían la información necesaria para el análisis de datos así como aquellos que se descartó de forma clínica, epidemiología o bacteriología del diagnóstico o aún no se tiene diagnóstico como concluyente de tuberculosis, como pendientes a toma de biopsia, reporte de GenXpert u otro método diagnóstico. Cabe resaltar que el hospital Dr. Arturo Grullón es un Hospital Infantil Regional de tercer nivel consta con 171 camas, con todas las especialidades pediátricas, así como servicio de Departamento de tuberculosis.

## **RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se utilizó una ficha de recolección de datos para la extracción de la información, que estuvo conformada por: las características sociodemográficas (el sexo del paciente, su edad en años -tomada de forma cuantitativa-, nacionalidad, mes que recibió la atención médica y ciudad donde residía - debido que algunas ciudades tienen mayor prevalencia de pacientes con TB que otros-) y las características fisis-patológicas de la enfermedad ( síntomas de presentación, el tipo de tuberculosis que padecía, la presencia de alguna comorbilidad y si falleció en el transcurso del tratamiento). Se consideró a los pacientes que padecían VIH en cualquier estadio, sea o no SIDA (esto debido a que la base no los diferenciaba). Siendo la variable dependiente el padecimiento de tuberculosis del sistema nervioso central; la que fue cruzada versus las otras variables en la estadística analítica.

Para la recolección de datos se revisó las fichas del primer registro de los pacientes ingresados al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), durante los meses de marzo de 2021 a marzo 2023 del Hospital Nacional Dr. Arturo Grullón. En el caso de que las fichas de registro de los pacientes del PNCT no presentaran los datos completos se solicitó la historia clínica de las personas de todas las salas de hospitalización, así como, las historias que se halló en archivo -ya sea por alta hospitalaria o fallecimiento- para completar los datos de interés.

### **Plan de tabulación y análisis**

#### **Análisis estadístico**

Con las fichas recolectas se creó una base de datos en el programa Excel®, esto se realizó a través de un proceso de doble digitación. Luego se procedió al análisis de los datos que fueron incorporados en cuadros y gráficos, donde se generó estadística descriptiva, para lo cual se usó las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas.

#### **Aspectos éticos**

La investigación se realizó bajo los principios de la ética: confidencialidad, bajo un riguroso criterio científico. Siendo solo utilizada la información requerida para la realización de la investigación, y respetando el derecho de autor de las bibliográficas citadas y consultadas. No se requirió consentimiento informado del padre y/o tutor del paciente ya que los datos extraídos son propios de la investigación de la enfermedad.

#### **Resultados**

De los 42 pacientes vistos en la Unidad de Tuberculosis, se encontraron 37 que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo la edad más afectada los de 1 a 4 años (35%), seguida de los mayores de 15 años con 7 casos siendo el 18.9% de todos los pacientes. El sexo predominante fue el masculino 22 niños que corresponde al 59%. En cuanto a la nacionalidad, se encontró 26 dominicanos para un 70% y 11 haitianos para un 30%. La zona de procedencia fue Santiago con 28 casos siendo de zona urbana un 75%. En cuanto a la comorbilidad, se observó que 7 pacientes (19%) tenían VIH como comorbilidad y 28 pacientes, no tenían ninguna comorbilidad asociada. La mitad de los pacientes tenían previamente una historia de contacto conocida, con 18 vs 19, que desconocían, correspondiente al 50% para cada subgrupo. Dentro de los síntomas asociado a diagnóstico de tuberculosis, se observa que 89% tuvo cuadro febril (33), seguido de 28 paciente que presentaron tos (75%) y 54% pérdida de peso, lo que se correlaciona con los criterios clínicos para su diagnóstico. El tipo de tuberculosis fue la pulmonar con 26 casos (70%), seguida de las ganglionares (16%).

Dentro de los criterios microbiológicos se aisló en 10 niños mediante GeneXpert (27%) y por biopsia de ganglios 6 (16%). En cuanto al diagnóstico 24 paciente fueron diagnosticados en internamientos, 64%. De estos pacientes, 92% (34) está recibiendo tratamiento. Solo paciente de la cohorte falleció, lo que corresponde a 2.4 % de la totalidad de casos.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis pulmonar es una de las formas más común de presentación en que se manifiesta la tuberculosis, debido la clínica más florida específica, con fiebres y tos.

En la recopilación de pacientes que fueron estudiados en el Hospital Dr. Arturo Grullón se obtuvo que de 42 se encontraron 37, esto debido a que aun estos cinco restantes están en investigación al momento de realizar el corte de esta publicación, siendo la edad más afectada los de 1 a 4 años (35%), seguida de los mayores de 15 años con el 18.9% de todos los pacientes, esto coincide con el estudio de España donde caracterizan que la edad más vulnerable es la menor de 4 años, donde tiene riesgos de desarrollar las formas graves de la tuberculosis y conociendo que la vacuna que tiene inmunidad menos de un 86% en este grupo de edad 6, además se corrobora que en la adolescencia vuelve el aumento de casos, similar al boletín publicado en Hospital Infantil de México 7

En nuestra recolección notamos que sexo predominante fue el masculino correspondiendo al 59%, conocemos que esto puede variar de un país a otro, esto corrobora con la estadística de nuestro país donde lista similares hallazgos. En cuanto a la nacionalidad, se encontró que 30% pertenecen a inmigrantes extranjeros, específicamente haitiana, reconociendo que la tuberculosis se asocia a falta de infraestructuras y acceso a la salud, a la guerra y hambre, sabemos la situación que está pasando esta hermana nación, esto coincide que otras publicaciones realizadas en Europa donde comparan el porcentaje de inmigrantes en relación a locales, donde es mismo porcentaje. 8,12, pero comparado con el informe del Ministerio de Salud Pública de la Republica Dominicana, está registrado que el 11% de los casos son de migrantes haitianos, distando del 30% demostrado en nuestra recopilación, La zona de procedencia fue Santiago con 28 casos siendo de zona urbana un 75%, en el mismo boletín del ministerio de Salud, documentan a Santiago como la tercera provincia con más casos de tuberculosis en números, seguida del Distrito Nacional y el Gran Santo Domingo, a sabiendas que el hacinamiento y la urbanización desorganizada y asentamientos en zonas no adecuadas, o mal ventiladas es un riesgo potencial para desarrollar e infectarse de esta enfermedad.

En nuestro estudio, se observa que la presentación más común de la tuberculosis sigue siendo la pulmonar, seguida por la ganglionar, esto coincide con otras investigaciones realizadas en España y México, 8,9 menciona que la localización ganglionar fue más frecuente.

Cuando en la población pediátrica, se trata de diagnosticar la enfermedad mediante GenXPert TB, sabemos que hay una gran brecha, pues conocemos que estos paciente son paucibacilares y esta prueba con alta sensibilidad y especificidad, bajaría en los niños ya que si hay menos de 64 de carga bacteriana, no resulta positiva lo cual usamos más la clínica y la epidemiología para su diagnóstico, ya hemos visto que 50% de los paciente tenían un contacto primario que no fue estudiado a tiempo ni dada profilaxis al menor de 4 años, que según el Programa Nacional Contra la Tuberculosis de Republica Dominicana, esta protocolizado.

En un estudio realizado en España, se concluyó que El 69,2% de los casos son sintomáticos, comparado con el 75% de nuestros casos, el 26,2% se diagnostican en el transcurso de un estudio de contactos y el 3,8% por cribado realizado por otra razón (revisión escolar, acogida-adopción internacional...). En el 63,5% el caso índice es conocido, comparado con el 53% de nuestro caso donde también se conocía el caso índice 11.

La OMS estimó que en 2012 a nivel mundial se registraron 8.6 millones de casos nuevos de tuberculosis, de los cuales un 13% se presentaron en pacientes VIH +, en nuestro estudio represento 19%, esto es debido a que los pacientes que acuden al SAI de nuestro centro de salud se tienen siempre como diagnostico sugestivo, de descarte.11

En cuando a la mortalidad, conocemos que Solo paciente de la cohorte falleció, lo que corresponde a 2.4 % de la totalidad de casos, es de gran importancia reconocer que todos los pacientes que tuberculosis coinfectadas con VIH, están en tratamiento antirretroviral, lo que al momento no tenemos muertes por esta causa, siendo la única muerte registrada relacionada a un paciente hematológico que falleció mientras recibía tratamiento.

### Conclusiones

La tuberculosis sigue siendo una importante enfermedad en pediatría, donde no tiene predilección por sexo, ni raza, donde hay una considerable existencia en zonas rurales. Una de las afirmaciones de este estudio es el inadecuado seguimiento del personal de salud a los contactos de pacientes bacilíferos con tuberculosis, pues la mitad de nuestros pacientes tenía un contacto conocido, donde 21 de los 37 pacientes debió de haber recibido profilaxis según los protocolos, así como los inmunosuprimidos, no se estudió. correctamente ni se dio seguimiento. Esta pandemia aun es un factor importante de morbilidad en la totalidad de la población y todavía hay limitantes para pensar en dicho diagnóstico, ya que más de la mitad vinieron de otros centros sin haberlo pensado, por la dificultad que todavía tenemos en tomar en cuenta esta patología que, si recibe tratamiento a tiempo, tiene poca mortalidad.

La carga niños con tuberculosis en pediátrica es el reflejo de una transmisión que pasa desapercibida en cualquier área, ya que no importa lugar donde estes, en nuestro país hay algo riesgo de infección y enfermedad tuberculosa en la población. De ahí la importancia de la sensibilización del personal de salud para pensarla, e instituir, en forma temprana, la profilaxis en los niños expuestos y el tratamiento oportuno del paciente pediátrico con tuberculosis.

---

### Bibliografía

1. Martínez, L., Lo, N. C., Cords, O., Hill, P. C., Khan, P., Hatherill, M., Mandalakas, A., Kay, A., Croda, J., Horsburgh, C. R., Zar, H. J., & Andrews, J.R. (2019). Paediatric tuberculosis transmission outside the household: challenging historical paradigms to inform future public health strategies. *The Lancet. Respiratory medicine*, 7(6), 544–552. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30137-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30137-7)
2. Informe de Gestión del programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. (PNCT). Viceministerio de Salud Colectiva, MSP, 2022.
3. Bossio, Juan Carlos; Arias, Sergio; Fernández Hugo. Involucrando a nuestros Socios para Alcanzar los ODS Juntos. Organización Panamericana de la Salud
4. Estrategia Fin de la TB. Informe Mundial de la TB 2021.
5. Por primera vez en más de una década, aumenta la mortalidad de la tuberculosis. Noticias ONU. 24 de marzo 2022
6. Ramos Amador JT, Illán Ramos M, Francisco González L. Actualización en tuberculosis infantil. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2018*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 253-257
7. Macías Parra Mercedes. Tuberculosis pediátrica. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2017 Feb [citado 2023 Abr 04]; 74(1): 1-2. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462017000100001&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462017000100001&lng=es). <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.01.003>.
8. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguero-ASENSIO A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit*. 2015;17(1):3-11. [ Links ]
9. Pérez-Guzmán C, Vargas MH, Arellano-Macías M del R, Hernández-Cobos S, García-Iltuarte AZ, Serna-Vela FJ. Clinical and epidemiological features of extrapulmonary tuberculosis in a high incidence region. *Salud Publica Mex*. 2014;56(2):189-96. [ Links ]
10. García Ayerra María, Mosquera Gorostidi Arantxa, Herranz Aguirre Mercedes, Gil Setas Alberto. Enfermedad tuberculosa en la edad pediátrica: experiencia diez años. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Abr 04];21(82): e61-e66. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200008&lng=es). Epub 14-Oct-2019.
11. Tuberculosis [Internet]. Who.int. [citado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
12. INFORME DE GESTIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE TUBERCULOSIS. PNCT 2022. Santo Domingo, Rep. Dominicana.

## ANEXOS

Tabla 1. Distribución de edad de pacientes diagnosticados con tuberculosis según sexo, en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo Marzo 2021- 2023

| Edad          | Sexo      |      |          |      | Total |      |
|---------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
|               | Masculino | %    | Femenino | %    | No    | %    |
| Menor 1 año   | 6         | 16.2 | 0        | 0    | 6     | 16.2 |
| 1 a 4 años    | 8         | 21.6 | 5        | 13.5 | 13    | 35.3 |
| 5 a 9 años    | 2         | 5.4  | 3        | 8.1  | 5     | 13.5 |
| 10 a 15 años  | 5         | 13.5 | 1        | 2.7  | 6     | 16.2 |
| Mayor 15 años | 1         | 2.7  | 6        | 16.2 | 7     | 18.9 |
| Total         | 22        | 59   | 15       | 41   | 37    | 100  |

Formulario de recolección de datos

Tabla 2. Nacionalidad de pacientes diagnosticados con tuberculosis según sexo, en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021- 2023

| Edad en años | Nacionalidad |      |          |      | Total |      |
|--------------|--------------|------|----------|------|-------|------|
|              | Dominicano   | %    | Haitiano | %    | No    | %    |
| Menor 1      | 4            | 10.8 | 2        | 5.4  | 6     | 16.2 |
| 1 a 4        | 9            | 24.3 | 4        | 10.4 | 15    | 40.5 |
| 5 a 9        | 5            | 13.5 | 0        | 0    | 5     | 13.5 |
| 10 a 15      | 4            | 10.4 | 2        | 5.4  | 6     | 16.2 |
| Mayor de 15  | 4            | 10.4 | 3        | 8.1  | 7     | 18.9 |
| Total        | 26           | 70   | 11       | 30   | 37    | 100  |

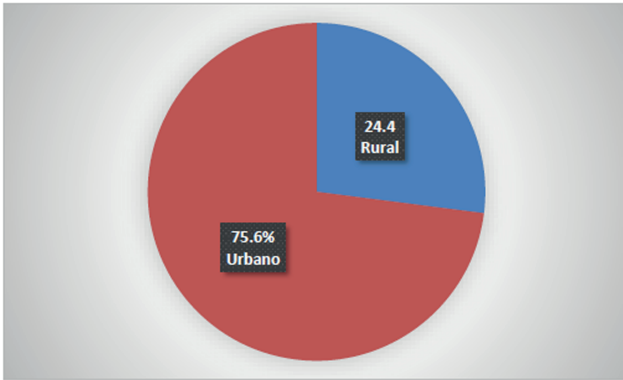
Formulario de recolección de datos

Tabla 3. Pacientes diagnosticados con tuberculosis según provincia de procedencia, en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021 - 2023.

| Zona de procedencia | No | %    |
|---------------------|----|------|
| Santiago            | 28 | 75.7 |
| Monte Cristi        | 3  | 8    |
| Españat             | 2  | 5.4  |
| Valverde            | 2  | 5.4  |
| Puerto Plata        | 1  | 2.7  |
| SFM                 | 1  | 2.7  |
| Total               | 37 | 100  |

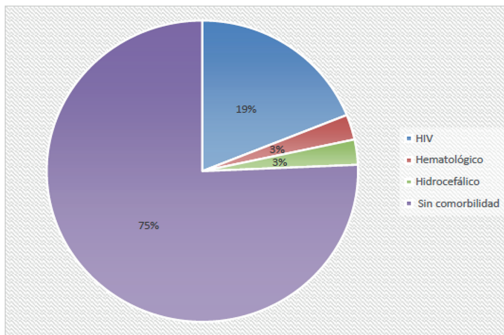


Gráfico 1. Pacientes diagnosticados con tuberculosis según zona de procedencia, en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021 - 2023



Formulario de recolección de datos

Gráfico 2. Pacientes diagnosticados con tuberculosis según comorbilidad, en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021- 2023.



Formulario de recolección de datos

Tabla 4. Pacientes diagnosticados con tuberculosis según historia de contacto al diagnóstico, en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021 – 2023.

| Historia de contacto | No | %   |
|----------------------|----|-----|
| Si                   | 18 | 50  |
| No                   | 19 | 50  |
| total                | 37 | 100 |

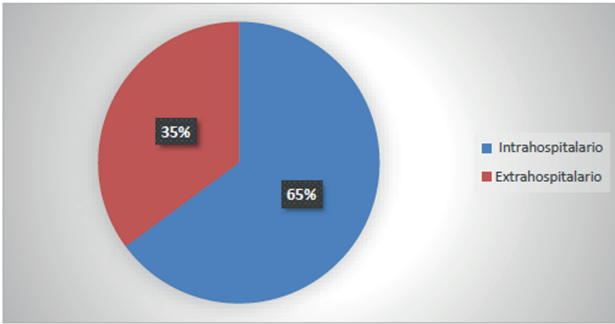
Formulario de recolección de datos

Tabla 5. Pacientes con tratamiento antituberculoso diagnosticados en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021- 2023.

| Tratamiento | No | %    |
|-------------|----|------|
| Si          | 34 | 91.8 |
| No          | 3  | 8.2  |
| Total       | 37 | 100  |

Formulario de recolección de datos

Gráfico 3. Pacientes diagnosticados con tuberculosis según lugar de diagnóstico, en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021 – 2023.



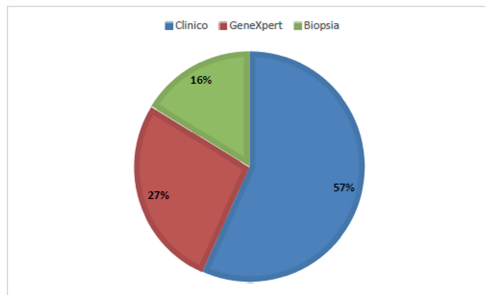
Formulario de recolección de datos

Tabla 7. Pacientes diagnosticados según tipo de tuberculosis en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021- 2023.

| Tipo de tuberculosis | No | %    |
|----------------------|----|------|
| Pulmonar             | 26 | 70.2 |
| Ganglionar           | 6  | 16.2 |
| Meníngeo             | 4  | 10.8 |
| Ósea                 | 1  | 2.7  |
| Total                | 37 | 100  |

Formulario de recolección de datos

Gráfico 4. Pacientes diagnosticados según tipo de diagnóstico en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021- 2023.



Formulario de recolección de datos

Tabla 5. Pacientes con tratamiento antituberculoso diagnosticados en el Hospital Regional Infantil Universitario Dr. Arturo Grullón, Periodo marzo 2021- 2023.

| Tratamiento | No | %    |
|-------------|----|------|
| Si          | 34 | 91.8 |
| No          | 3  | 8.2  |
| Total       | 37 | 100  |

## UN HALLAZGO INESPERADO EN UN SINDROME FEBRIL

Marcel Méndez, Ana Fernández, Francisco Méndez, Elianet Castillo, Claudia Blanco, Antonio Villegas. Centro Diagnóstico y Medicina Avanzada y de Conferencias Médicas y Telemedicina (CEDIMAT). Domingo, República Dominicana.

### Resumen:

El absceso hepático amebiano es una de las principales manifestaciones sistémicas de la amebiasis y forma parte del conglomerado de diagnósticos diferenciales en adultos con síndromes febriles. Se presenta masculino de 60 años con antecedentes de Diabetes Mellitus y Osteomielitis, el cual se ingresa por cuadro de fiebres de 10 días, escalofríos e inapetencia. 2 semanas previo al inicio de síntomas, había recibido inyecciones con plasma fresco y células madre en rodilla derecha por dolor articular. A pesar de antibioterapia empírica para Artritis Séptica con Ceftriaxona y Vancomicina, los episodios febriles persistían.

En busca de otros focos, se realiza tomografía y posteriormente resonancia magnética de abdomen donde se observan lesiones quísticas heterogéneas en hígado. Cirugía general drena y toma muestras de cultivos. Se reporta en coprológico *E. histolytica* y en cultivo de secreción crecimiento de *Escherichia coli* productora de BLEE. Se administra Meropenem y Metronidazol y se egresa paciente satisfactoriamente. Los abscesos hepáticos son una alteración anatómica del hígado por la colección de material purulento, estos son provocados por infecciones bacterianas o parasitarias. Entre las principales causas parasitarias se encuentra la *E. histolytica*.

Existe data limitada acerca de sobreinfecciones bacterianas de abscesos amebianos, especialmente microorganismos Gram negativos como *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, estos aislados en pacientes con factores de riesgo como, enfermedad hepatobiliar, trasplante de hígado, alcoholismo, uso de inhibidores de la bomba de protones y diabetes, como es el caso del paciente.

## PÉRDIDA DE LA VISIÓN: SOLAPAMIENTO INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y NEUROSÍFILIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Xiomara Rodríguez<sup>1</sup>, Estefanía Di Sanzo<sup>1</sup>, Delia Rodríguez<sup>1</sup>, María Kunhardt<sup>1</sup>, Talía Flores<sup>1</sup>, Carolina Coronado<sup>1</sup>. <sup>1</sup> Residencia Nacional de Infectología de Adultos Hospital Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana

### Introducción:

Diversas manifestaciones neurooftalmológicas se han descrito en pacientes infectados con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) donde la afectación del nervio óptico generalmente es debida a infecciones oportunistas y sífilis<sup>1</sup>. La sífilis ocular es notificada con mayor frecuencia en personas con VIH2. También el propio VIH ha sido descrito como agente causal de neuropatía óptica<sup>1,3</sup>.

### Caso clínico:

Masculino 41 años antecedentes mórbidos negados, inicia cuadro pérdida transitoria de la visión ojo derecho, acudiendo a Oftalmología, tras evaluación y datos en resonancia magnética con neuritis óptica y lesiones corticales desmielinizantes, es referido a Neurología. Realizan estudios analíticos, detectándose seropositividad VIH y sífilis tratándose como latente y derivado a Infectología. No recordaba lesiones previas genitales, perianales, ni mucosa oral. No hallazgos relevantes al examen físico.

### Estudios analíticos:

carga viral VIH-1 125,000 copias/ml, CD4 138 células/ $\mu$ l, VDRL sérico 1:256, Fta-Abs reactivo, anticuerpos antinucleares 1:320, IgG anti-dsADN 46.1 UI/L, serología hepatitis B y C, screening tuberculosis negativos. Se inicia esquema Tenofovir alafenamida+Emtricitabina+Dolutegravir. Posteriormente refiere resolución síntomas oculares, control ANA e IgG anti-dsADN negativos. Tras persistencia VDRL reactivo, se realiza estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR): celularidad 214 células/ $\mu$ l, proteínas 90 mg/dl, glucosa 46.14 mg/dl y VDRL 1:64. Tratado con penicilina cristalina 4 millones de unidades cada 4 horas durante 10 días 4; VDRL control en LCR no reactivo.

### Discusión:

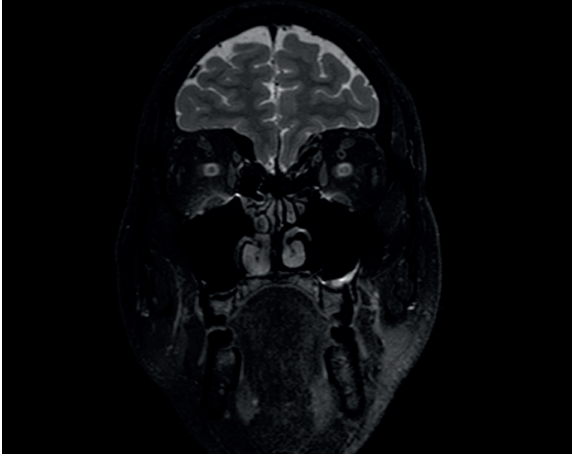
La propia infección por VIH produce neuritis óptica. Hay casos descritos donde iniciar antirretrovirales se ha asociado con recuperación de la neuritis óptica<sup>1</sup>. Sin embargo, es un diagnóstico de exclusión, debiendo descartarse otras entidades como sífilis<sup>5</sup>.

---

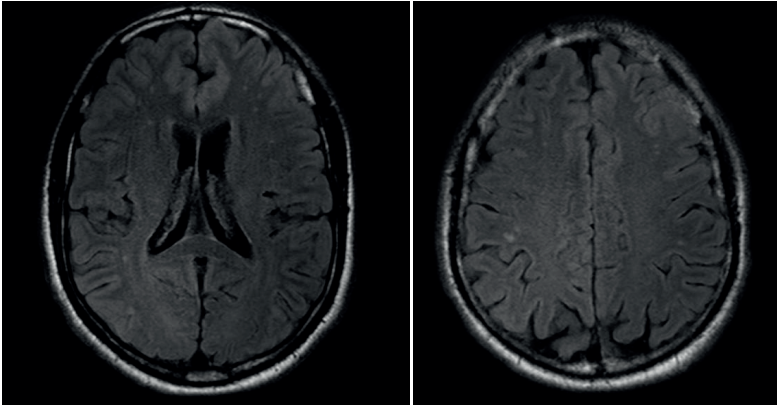
### Bibliografía:

1. Pérez-Bartolomé F, Santos-Bueso E, Ávalos-Franco N, Porta-Etessam J. Neuropatía óptica retrolbulbar unilateral como primera manifestación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Neurología*. 2017 Apr;32(3):199–201. 2. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Apr 19]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/syphilis-in-patients-with-hiv?search=neuros%C3%ADfilis&source=search\\_result&selectedTitle=5~73&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H2540300585](https://www.uptodate.com/contents/syphilis-in-patients-with-hiv?search=neuros%C3%ADfilis&source=search_result&selectedTitle=5~73&usage_type=default&display_rank=5#H2540300585)

**Anexos**



**Figura 1.** Resonancia magnética cerebral (secuencia T2 con supresión grasa; corte coronal): Hiperseñal intra-axial nervio óptico izquierdo, sugestivo de neuritis.



**Figura 2.** Resonancia magnética cerebral (secuencia FLAIR; corte axial): múltiples focos puntiformes de hiperseñal, localizados a nivel yuxtacortical frontal bilateral y parietal bilateral.

## ENCEFALITIS POR HERPESVIRUS 6 Y OTRAS NEUROINFECCIONES SIMULTANEAS EN ADULTO VIH POSITIVO REPORTE DE UN CASO.

Yeison Reyes, Ana Fernández, Elianet Castillo, Dra. Claudia Blanco. Centro Diagnóstico y Medicina Avanzada y de Conferencias Médicas y Telemedicina (CEDIMAT). Santo Domingo, República Dominicana.

### Introducción:

La encefalitis por Herpesvirus humano 6 puede ser grave y potencialmente mortal. Este tipo de reportes puede proporcionar información valiosa sobre la epidemiología local de la enfermedad en pacientes inmunocomprometidos.

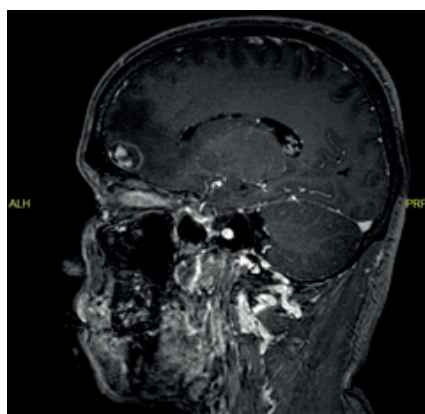
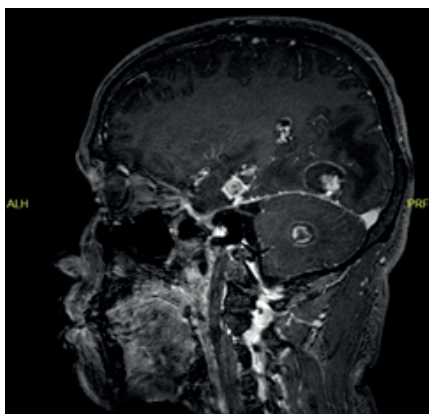
### Resumen:

Masculino de 36 años diagnosticado con VIH en 2012, en abandono, estable hasta 10 días previo a su ingreso cuando posterior a accidente de tránsito sin trauma asociado, presenta cefalea holocraneal intensa, agresividad, singulto y vómitos persistentes. Acude con reporte de tomografía de cráneo con hallazgos inespecíficos a nivel frontoparietal derecho sin evidencia de sangrado. En la evaluación refiere odinofagia, placas blanquecinas en orofarínge y cefalea con respuesta a analgésicos. Se agrega terapia con TMP-SMX, Azitromicina, Nistatina y Fluconazol y se descartan infecciones por *Treponema pallidum*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Cryptococcus neoformans* y se obtiene IgG *Toxoplasma gondii* positiva. Se realiza punción lumbar que detecta en panel Herpesvirus Humano 6, por lo que se inicia terapia con ganciclovir. RMN contrastada de cráneo evidencia múltiples zonas de edema vasogénico en hemisferio cerebeloso derecho y a nivel supratentorial izquierdo con reforzamiento moderado, de forma anular y con reforzamiento heterogéneo central, sugestivo de neurotoxoplasmosis vs neurocisticercosis. Se añade albendazol y dexametasona. Durante ingreso se inicia TARGA, se reportan carga viral en 936copias/mL, Linfocitos T CD4 en 39cels/mm3 y tras cumplir 21 días de terapia con ganciclovir, se egresa satisfactoriamente.

### Discusión:

Herpesvirus humano 6 es una etiología infrecuente de encefalitis en adultos inmunocompetentes. Su principal asociación en inmunocompromiso es en pacientes con trasplantes hematopoyéticos, donde se plantea una posible reactivación del virus. Existe data limitada en pacientes VIH positivo.

### Anexos



## PIE DIABÉTICO CAUSADO POR TRICHOSPORON ASAHII

Delia Rodríguez<sup>1</sup>, María Kunhardt<sup>1</sup>, Carolina Coronado<sup>3</sup>, Talía Flores<sup>4</sup>, <sup>1</sup>. Médico residente 2. Médico coordinadora y 3. Médico adjunto de la Residencia de Infectología de Adultos del Hospital Salvador B. Gautier, Santo Domingo República Dominicana.

### RESUMEN:

Masculino con 65 años edad, con historia de trauma con objeto corto-punzante tipo clavo en región plantar de pie derecho que posteriormente fue evolucionando a solución de la continuidad en dicha área con secreciones purulentas y fétidas, que fue extendiéndose hasta región lateral del pie, además fiebres escalofrantes, sin predominio de horario, y disnea progresiva. En el cultivo de tejido se aisló *Trichosporon asahii*, se inició terapia antifúngica con fluconazol. *Trichosporon spp* son levaduras que se encuentran ampliamente distribuidas en la naturaleza, pueden comportarse como patógenos oportunistas llegando a causar infecciones graves.

### INTRODUCCIÓN:

La infección por pie diabético es causa frecuente de hospitalización. Los microorganismos mayormente asociados a esta entidad son cocos grampositivos, con frecuencia asociado a bacilos gramnegativos y anaerobios. Los agentes fúngicos tienden a ser los de menor porcentaje implicado en dicha patología. Por lo que el objetivo de presentar este caso es demostrar que los organismos fúngicos, aunque no se diagnostiquen con la frecuencia de los microorganismos habitualmente aislados, en la infección por pie diabético son causa importante de infección que pueden ir de moderada a severa, llegando incluso a causar infecciones invasivas (1,2).

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 65 años de edad, constructor de profesión, con antecedentes mórbidos conocidos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, quien refiere que sufrió trauma con objeto corto-punzante tipo clavo en región plantar de pie derecho para lo cual no tomó conducta, hasta que aproximadamente 10 días previo a su ingreso inició cuadro clínico de solución de la continuidad en dicha área con secreciones purulentas y fétidas, que fue extendiéndose hasta región lateral del pie, además fiebres escalofrantes, sin predominio de horario, y disnea progresiva. Debido a exacerbación del cuadro clínico acude por emergencia y se decide su ingreso con diagnóstico de Shock séptico, se interconsulta al departamento de Infectología y se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro con Meropenem y Vancomicina, luego de los estudios clínicos de lugar se reporta cultivo de tejido con aislamiento de *Trichosporon Asahii* por lo que se inicia terapia antifúngica dirigida con Fluconazol y se suspende antibioterapia previa. Por la extensión y profundidad de la lesión se realizó Resonancia Magnética reportando datos a favor de Osteomielitis que a pesar de terapia antimicrobiana adecuada el paciente presentó mala evolución que culminó en amputación del miembro afectado.

### DISCUSIÓN:

*Trichosporon spp* son levaduras de tipos basidiomicetes y se encuentran ampliamente distribuidas en la naturaleza, predominantemente en áreas tropicales y templadas. Este microorganismo se encuentra en lugares tan diversos como el suelo, madera en descomposición, ríos, lagos, excremento de aves y ganado(2,3). En los humanos se encuentra ocasionalmente en la microbiota oral y gastrointestinal y puede colonizar piel, vagina y vías respiratorias. Tiende a causar infección por rotura de la integridad de la piel o las mucosas. Es un agente oportunista emergente que causa infecciones invasivas en especial en pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico de este microorganismo se realiza a través de cultivos convencionales para hongos, recientemente tras el advenimiento de nuevas pruebas diagnósticas se cuenta con la identificación por pruebas moleculares(4). El tratamiento con azoles ha demostrado mejor respuesta clínica en comparación con otros tratamientos antifúngicos tanto en la infección superficial como profunda(4).



Figura 1. Lesión inicial en región plantar derecha inicial hacia región lateral



Figura 2. Extensión de la lesión de pié

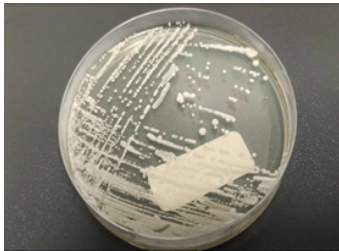


Figura 3. Cultivo en agar Sabouraud con colonias levaduriformes

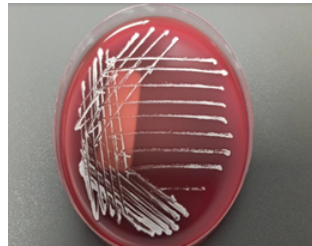


Figura 4. Cultivo en agar sangre con colonias levaduriformes

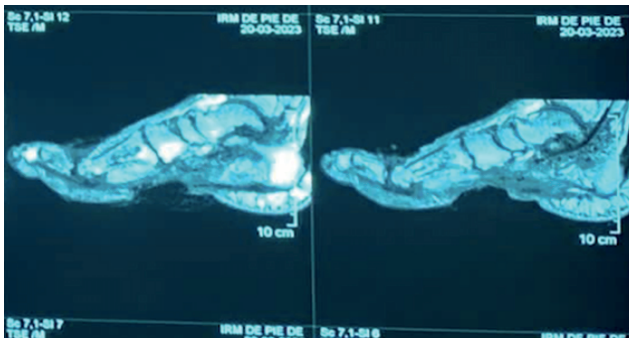


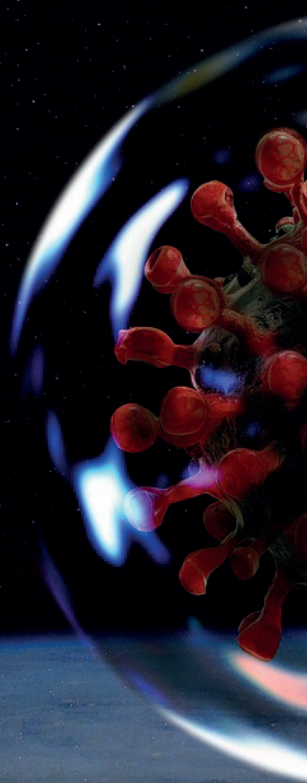
Figura 5. Resonancia magnetica contrastada de pié derecho. Lesiones ulceradas asociadas a colecciones complejas con afectación ósea, planos musculares y ligamentos

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Gómez Dde, Ramírez-Almagro C, Campillo-Soto Á, Morales-Cuenca G, Pagán-Ortiz J, Aguayo-Albasini JL. Infecciones del Pie Diabético. Prevalencia de los Distintos microorganismos Y sensibilidad a Los Antimicrobianos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2009;27(6):317–21.
2. Colombo AL, Padovan AC, Chaves GM. Current knowledge of *Trichosporon* spp. and trichosporonosis. *Clinical Microbiology Reviews*. 2011;24(4):682–700.
3. Rizzitelli G, Guanziroli E, Moschin A, Sangalli R, Veraldi S. Onychomycosis caused by *Trichosporon mucoides*. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016;42:61–3.
4. García Lucy, Osorio Guiovana Fernanda. *Trichosporon mucoides* infección en paciente inmunocompetente. *Colomb. Med.* [Internet]. 2008 June [cited 2023 Apr 10]; 39( 2 ): 185-188. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342008000200008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000200008&lng=en).







**SOCIEDAD  
DOMINICANA  
DE INFECTOLOGIA**

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud.



Organización  
Mundial de la Salud  
Buenos Aires

