

Jueves 12 - Champaquí A

Jueves 12 - Champaquí A

HISTOPLASMOSIS EN PACIENTE HIV POSITIVO

*RODRIGUEZ MARCO Maria Eugenia; CACIVA, Ricardo;
FONTANET, Antonella; PANICO, Rene
FACULTAD DE ODONTOLOGIA. UNC*

INTRODUCCIÓN: La histoplasmosis constituye la segunda micosis sistémica en orden de frecuencia en Argentina, después de la criptococosis, en pacientes HIV positivos. En dichos pacientes la forma clínica diseminada de la infección es marcadora de SIDA. La coinfección entre HIV- Histoplasmosis diseminada fue reportada en un 5.3 y 6%. La histoplasmosis es una micosis sistémica, endémica, de zonas templadas o tropicales, causada por la inhalación de las estructuras infectantes (microconidios) del hongo dimorfo Histo-

plasma capsulatum, los microconidios son capturadas por los macrófagos pulmonares, en los que germinan dando blastosporas. Generalmente son destruidas en mayor o menor plazo, y la infección es abortiva o asintomática, pero en casos de inmunidad celular deficiente, se liberan del fagolisosoma pasando a citoplasma, donde se multiplican libremente, y se reparten por todo el organismo. La infección estimula la multiplicación de los macrófagos infectados, dando lugar a proliferaciones con necrosis e infiltración de tipo granulomatoso, muy frecuentes en pulmón, pero posibles también en ganglios, piel, aparato digestivo y sistema nervioso central.

CASO: Concorre a la consulta un paciente masculino de 46 años de edad, por presentar focos dolorosos en el paladar que no remitían después de someterse a tratamientos odontológicos previos. Como primer paso se procede a realizar la historia clínica completa del paciente donde el mismo relata ser diabético tipo II desde los 36 años, compensado, medicado y normoglucemico. Diagnosticado también, hace un año, HIV positivo para lo cual también está medicado. Dentro de los hábitos tóxicos se destaca el tabaco, alcohol y el consumo de cocaína. Se realizó la identificación de lesiones elementales, luego de un examen clínico-estomatológico completo. Realizamos una interconsulta y pedido de autorización para citología exfoliativa y biopsia a su médico infectólogo. Planteamos los diagnósticos alternativos y clínicos presuntivos. Se hizo la citología exfoliativa y la biopsia pertinente, permitiéndonos arribar al diagnóstico de certeza de Histoplasmosis oral. Con ese resultado comenzó la terapia antifúngica y tratamiento periodontal. El paciente mejora notablemente las lesiones en la cavidad oral pero al poco tiempo fue hospitalizado por un foco cerebral.

COMENTARIO: Nosotros consideramos que es de vital importancia el diagnóstico temprano por parte de un estomatólogo capacitado, ya que la certeza de la infección podría abrir las puertas al conocimiento de un cuadro de base como lo es el HIV, conocemos que en algunos casos la HD fue la primera marcadora en pacientes VIH positivos que aún desconocían su serología. En nuestro trabajo se pone de manifiesto un caso clínico de HD con manifestaciones bucales, que concurrió a la cátedra de estomatología A de la facultad de odontología de Córdoba.

pletas. Datos recogidos por encuesta de auto-reporte, Maslach Burnout Inventory. Análisis estadístico: Chi 2, test T y multivariado con regresión logística. Programas: SPSS 17.0 y Primer.V. dependientes Síndrome de Burnout. V. independientes sexo, especialidad, carga horaria y antigüedad. **RESULTADOS:** : Fueron evaluados 162 médicos, tasa de respuesta 81,9%. Concurrentes (C) 58,0 %, Residentes (R) 40,1% y Especialistas (E) 1,9%. Según los servicios de Residencias Clínicas (CI), 10,5%, Cirugía (Q) 6,8% , otras Especialidades (OE) 22,8%. Sexo femeninos 62,3%. Media etaria 31,4 años+ 4,7DE, mediana 31,0, rango 22 (23-45). Horas de trabajo semanal 53,3+22,9DE, mediana 50,0; los varones trabajan más, p=0,0001. Tiempo promedio en trabajo actual 2,48 años+2,5DE, mediana 2,0. Tiempo en la profesión 3,63 años+2,6DE, mediana 3,0. Cansancio emocional (CE) promedio 29,6 +11,5DE, mediana 31,0, rango 50(1-51); Nivel leve 17,9%, moderado 19,1% e intenso 62,3%, en las mujeres es mayor p=0,0001. Despersonalización (DP) 11,0+6,7DE, mediana 11,0; Leve 27,8%, moderada 16,0%, intensa 55,6%, en las mujeres es mayor, p=0,0001. Falta de realización personal (FR) 36,3+6,3, mediana 37,0; Leve 29,6%, moderada 45,1% e intensa 24,7%, es mayor en los varones, p=0,0001. El Síndrome de Burnout se observa en el 16,7%; en mujeres 18,6% en varones y 13,3%, p=0,0001. Síndrome de Burnout Clásico (B) presenta CE+DP+FR intensos, en 16,7% de población; mujeres 18,6% y varones 13,3 %, p=0,0001; RCIM 41,2%, C 15,9%, OE 13,5% y Q 9,1%. El B sin FR 28,4%; RCI 23,5%, C 28,7%, OE 21,6 %; Burnout incompleto 30,2%; mujeres 33,3% y en varones 25,0%, p=0,0001. RCIM 23,5%, C 29,8%, OE 35,1%, E 33,3%, Q 27,3%. La sensación de quemado en 31,5%. **CONCLUSIONES:** Población laboral y profesionalmente joven. Burnout, clásico o sin RP, mayor en mujeres; es mayor en Residentes Clínica Médica. En Concurrentes es comparable a Otras E y mayor que en Residentes de cirugía. Síndrome incompleto es mayor en las mujeres. Serían variables predictoras el tiempo en el trabajo actual, el tiempo en la profesión, la sensación de quemado y el nivel de ansiedad.