


XIII CONGRESO CIENTÍFICO INTERNACIONAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CURSO PRE-CONGRESO

**METODOLOGÍA, REDACCIÓN Y ÉTICA EN
PUBLICACIONES CIENTÍFICAS**

REDACCIÓN DE REPORTES DE CASO



Julio Maquera Afaray
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Médico Infectólogo & Tropicalista
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Prevencionista de Infecciones
St. Jude Children's Research Hospital

Lima, Noviembre 2019



Declaración de conflictos de interés.

- Declaro ningún vínculo comercial con laboratorios.
- Opiniones son personales y no necesariamente de las Instituciones a las que pertenezco.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

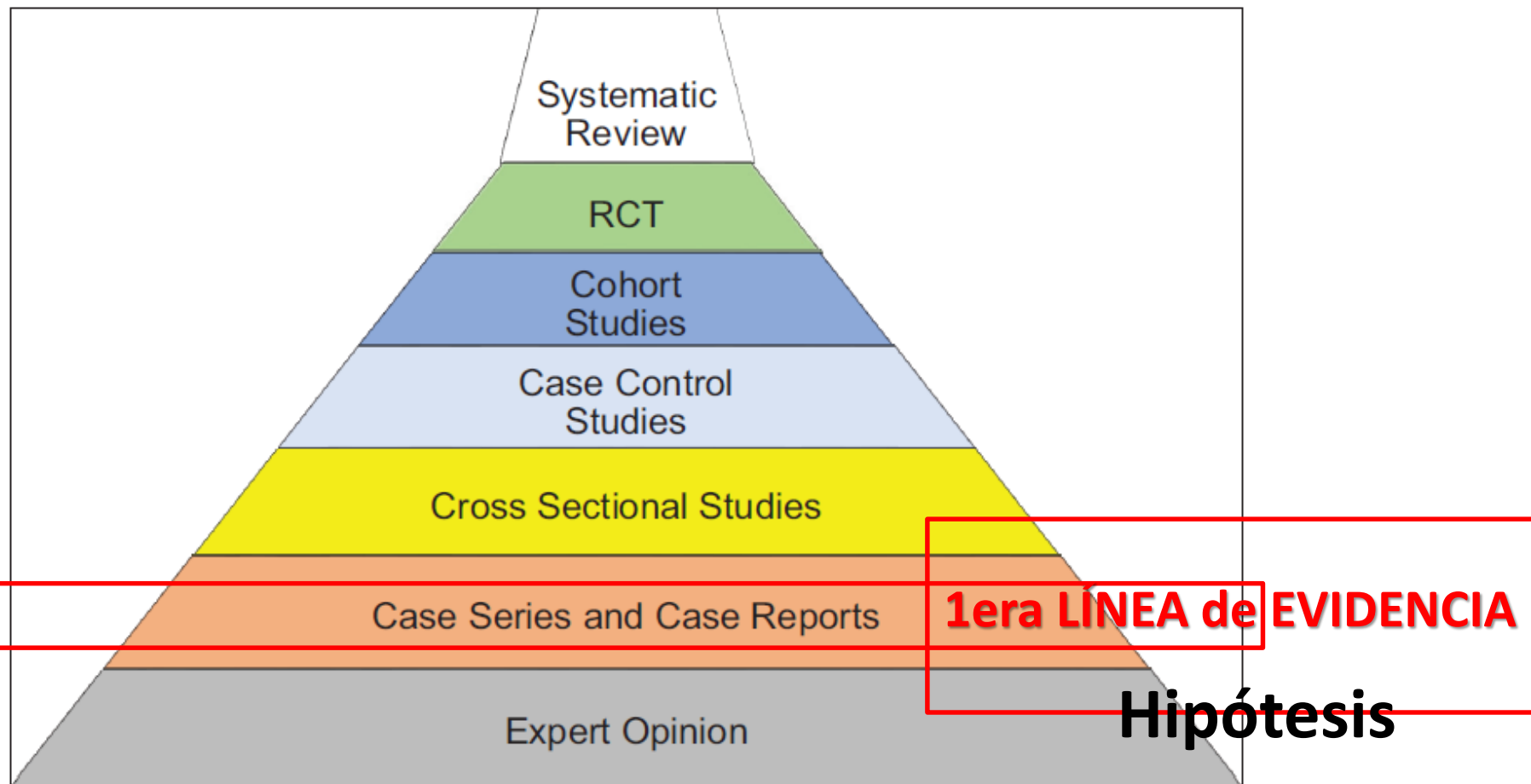
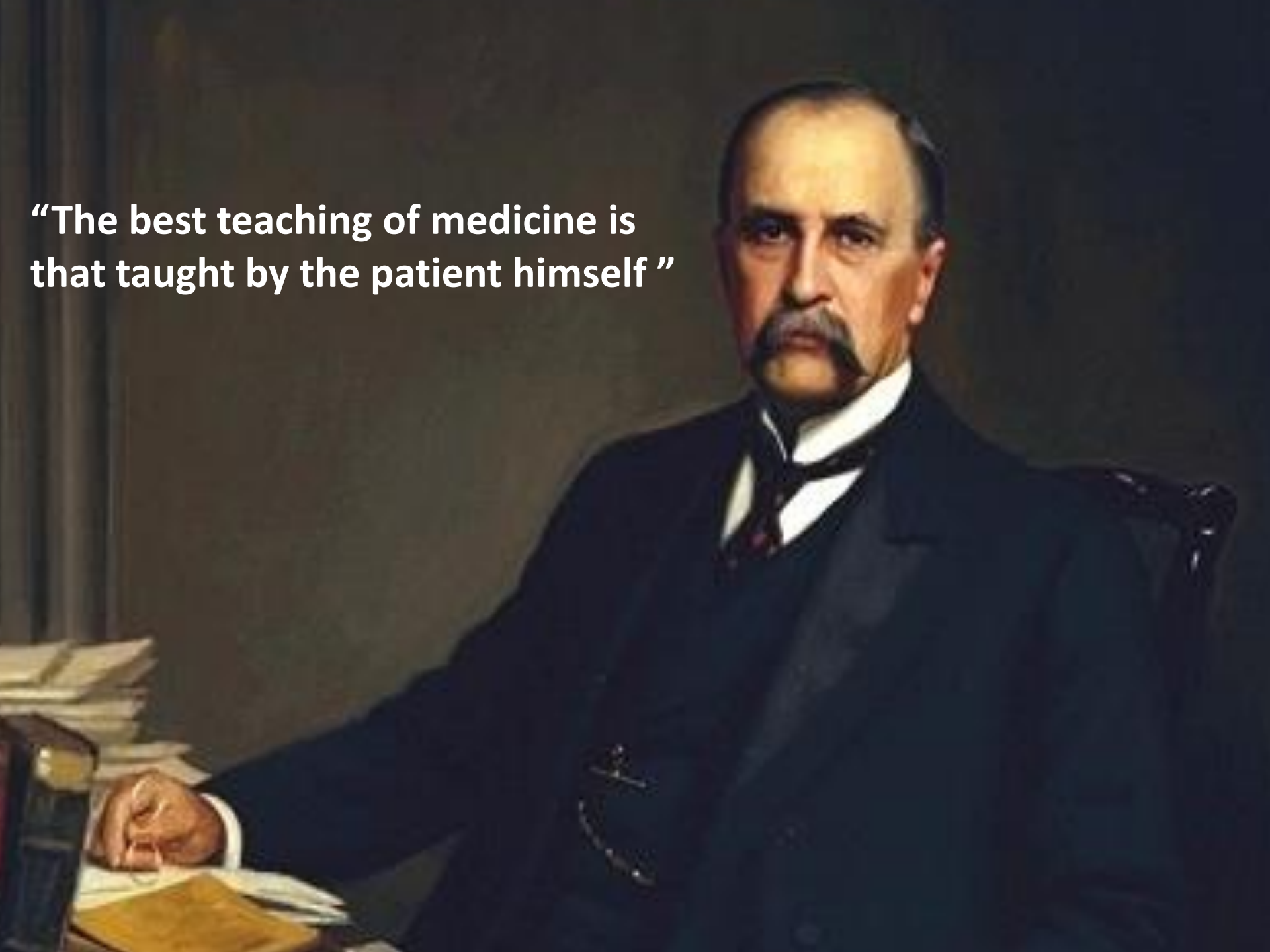
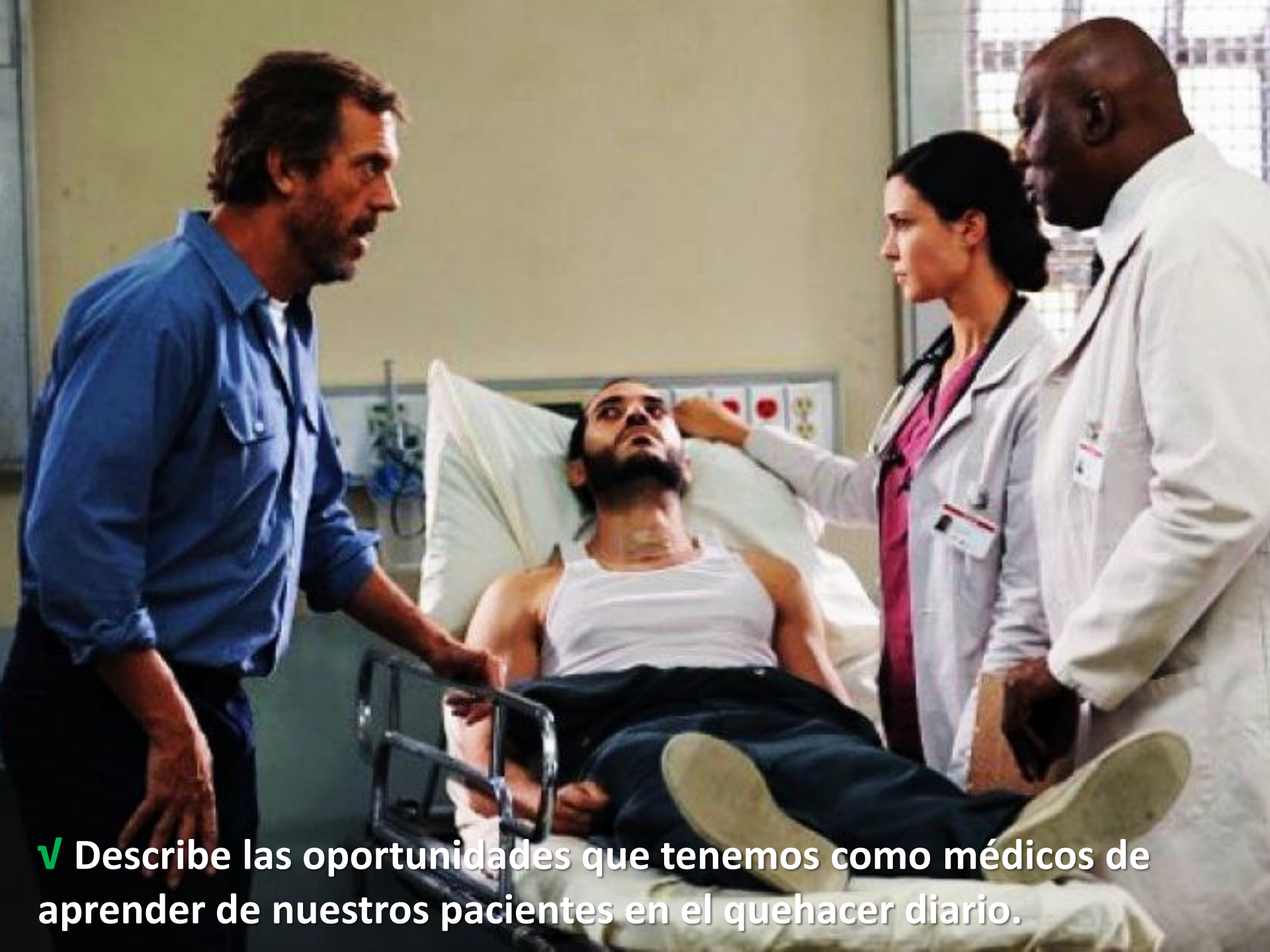


Figure Hierarchy of evidence base medicine

“The best teaching of medicine is that taught by the patient himself ”





✓ Describe las oportunidades que tenemos como médicos de aprender de nuestros pacientes en el quehacer diario.



✓ La Clave es identificar las diferencias.



REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

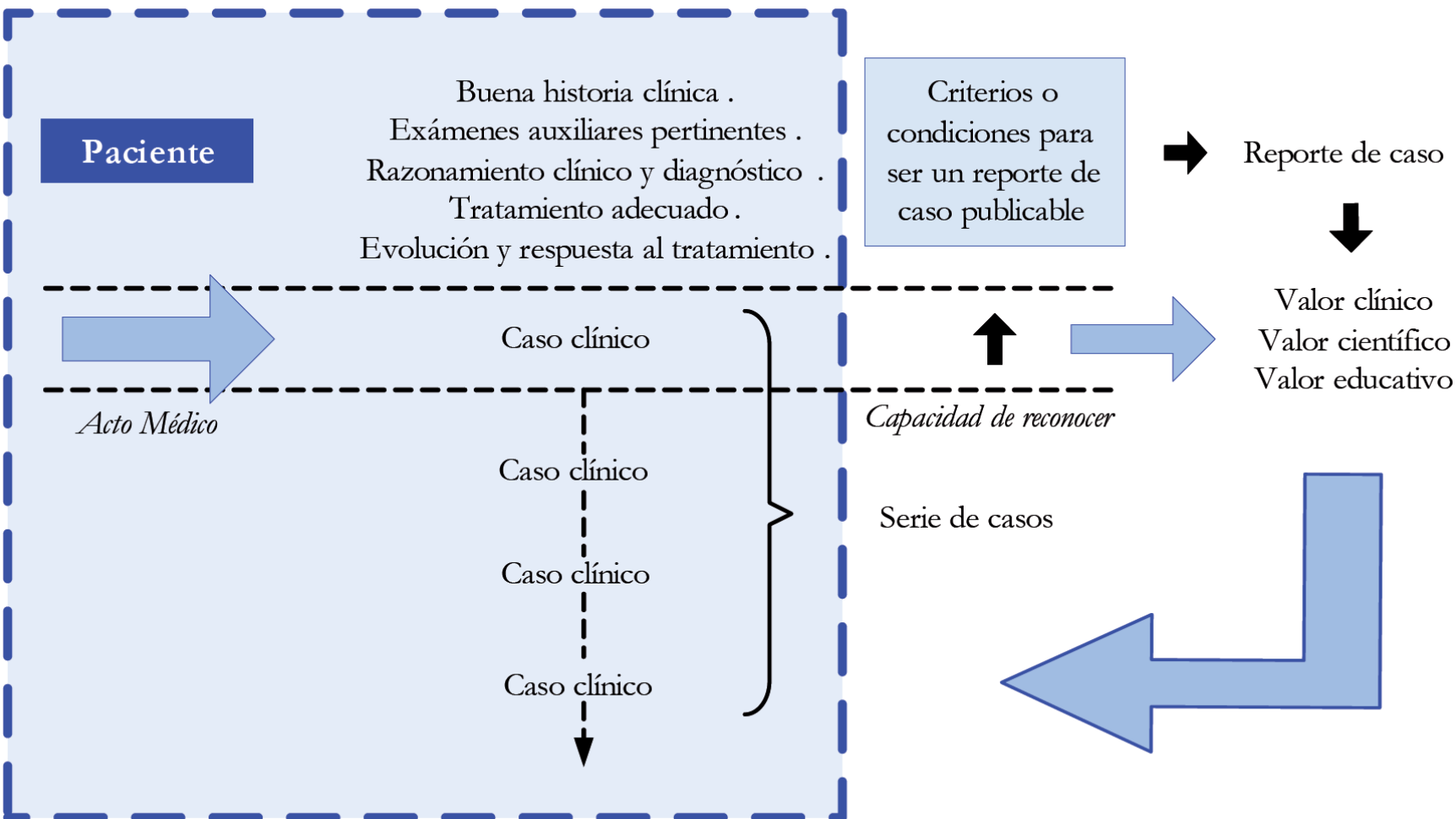


Gráfico . Importancia del reporte y serie de casos dentro del contexto clínico

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



Tabla 1. Condición o criterio que hizo publicable el reporte o serie de casos en revistas biomédicas peruanas, periodo 1997-2008

| Condición | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|--|-------------------|-------------------|
| Enfermedad rara, infrecuente o poco comunicada | 242 | 46,0 |
| Presentación o complicación inusual de enfermedad | 162 | 30,8 |
| Tratamiento o procedimiento diagnóstico nuevo o único | 35 | 6,7 |
| Complicación inesperada o efecto adverso de tratamiento o procedimiento | 34 | 6,5 |
| Impacto de enfermedad en presentación de otra | 28 | 5,3 |
| Enfermedad nueva en medio nacional | 9 | 1,7 |
| Enfermedad reportada por importancia epidemiológica | 7 | 1,3 |
| Algún otro tipo de relevancia clínica | 7 | 1,3 |
| Impacto del tratamiento de una condición sobre la evolución de otra enfermedad | 2 | 0,4 |

Tabla extraída de Romaní F. et al. Reporte y serie de casos en el Perú: situación de un tipo de publicación subestimada. Análisis de las revistas médicas peruanas indizadas en SciELO-Perú, 1997-2008

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

| Table : Checklist for writing a case report | | Table : Checklist for case report reviewer | |
|---|---|--|---|
| Topic | Item description | Section | Topic |
| Title page | 1. Title: "case report" 2. Authors name: S 3. Affiliation: The na 4. Corresponding aut | General | Novelty Patient consent Ethical practice as per standa care |
| Abstract | 5. Background: wha 6. Case summary: o 7. Conclusion: what | Title | Truly describes the core mes the case.Includes the phrase report." |
| Keyword | 8. 4-7 key words-inc | Abstract | Incorporates the core key me with necessary detail in a cor manner. |
| Introduction | 9. Briefly summarize | Key words | Medical Subject Headings (M keywords, core message incl |
| Patient information | 10. De-identified de 11. Chief complaint 12. Relevant history | Introduction | Emphasizes need of publicat novelty of the case or the sp adverse event. |
| Physical examination | 13. Relevant physica | Case description | Appropriate details of the ca including demography, asses findings, investigations and s on.Mentions intervention in describes the dose, timing, a route of drugs. |
| Diagnostic assessment | 14. Evaluations such 15. Diagnostic reaso 16. Consider tables 17. Prognostic chara | Discussion | Emphasizes why the case is important to medicine.Adeq literature review pertinent to case.Mentions the limitations to the case. |
| Interventions | 18. Intervention typ 19. Intervention det 20. Explanation to i 21. Other concurr | Conclusion | Implication of case with a co message. |
| Follow-up and outcomes | 22. Clinician assess 23. Important follow 24. Assessment of i | Recommendation | Reject/minor revision/major accept as submitted |
| Discussion | 25. Strengths and li 26. Compare your r 27. Specify how this 28. How does this c | | |
| Conclusion | 29. State clearly the and relevance | | |

BMJ Case Reports

Writing and publishing a useful and interesting Case Report

How many junior doctors have published original laboratory-based research from their student days, an audit or clinical study from their first two years on the ward or have national and international presentations under their belt at the time of application for core training? Whether publication is perceived essential to postgraduate learning, there is no doubt that inclusion of publication experience in a training portfolio is essential for junior doctors applying for jobs. Even with time set aside for research and audit in clinical work and opportunities in academic posts, most doctors applying for jobs seek out opportunities to publish and present nationally or internationally.





| Asunto | Elemento | Descripción del elemento de la lista de comprobación | Informado en la página |
|---------------------------------|----------|---|---|
| Título | 1 | Las palabras “informe de caso” deben aparecer en el título junto con lo más interesante de este caso. | _____ |
| Palabras clave | 2 | Los elementos clave de este caso en 2 - 5 palabras clave. | _____ |
| Resumen | 3a | Introducción— ¿Qué es único en este caso? ¿Qué aporta de nuevo a la literatura médica? | _____ |
| | 3b | Los principales síntomas del paciente y los hallazgos clínicos importantes. | _____ |
| | 3c | Los principales diagnósticos, intervenciones terapéuticas y resultados | _____ |
| | 3d | Conclusión— ¿Cuáles son las principales lecciones que se pueden extraer de este caso? | _____ |
| Introducción | 4 | Breve resumen de los antecedentes de este caso haciendo referencia a la literatura médica pertinente. | _____ |
| Información del paciente | 5a | Información demográfica (como edad, sexo, origen étnico, profesión). | _____ |
| | 5b | Principales síntomas de paciente (sus principales molestias). | _____ |
| | 5c | Historial médico, familiar y psicosocial que incluya la dieta, el estilo de vida y la información genética pertinente. | _____ |
| | 5d | Enfermedades concomitantes pertinentes, incluyendo intervenciones anteriores y sus resultados | _____ |
| Hallazgos clínicos | 6 | Describir los hallazgos pertinentes de la exploración física (EF). | _____ |
| Calendario | 7 | Describa hitos importantes relacionados con sus diagnósticos e intervenciones (tabla o figura) | _____ |
| Evaluación diagnóstica | 8a | Métodos diagnósticos (como la EF, analíticas, técnicas de obtención de imágenes, cuestionarios). | _____ |
| | 8b | Problemas para el diagnóstico (como económicos, lingüísticos o culturales). | _____ |
| | 8c | Razonamiento diagnóstico, incluidos otros posibles diagnósticos tenidos en cuenta | _____ |
| | 8d | Características de pronóstico (como los estadios en oncología) cuando proceda. | _____ |
| Intervención terapéutica | 9a | Tipos de intervención (como farmacológica, quirúrgica, preventiva, autocuidados). | _____ |
| | 9b | Administración de la intervención (como dosis, concentración, duración). | _____ |
| | 9c | Cambios en la intervención (con justificación). | _____ |
| Seguimiento y resultados | 10a | Resultados evaluados por el médico y por el paciente. | _____ |
| | 10b | Resultados importantes de la prueba de seguimiento | _____ |
| | 10c | Observancia de la intervención y tolerabilidad a la misma (¿cómo se ha evaluado?). | _____ |
| | 10d | Acontecimientos adversos e imprevistos. | _____ |
| Discusión | 11a | Puntos fuertes y limitaciones en el manejo de este caso. | _____ |
| | 11b | Discusión de la literatura médica pertinente. | _____ |
| | 11c | Justificación de las conclusiones (incluida la evaluación de las posibles causas) | _____ |
| | 11d | Las principales lecciones que se pueden extraer de este informe de caso. | _____ |
| Perspectiva del paciente | 12 | ¿Comunicó el paciente su perspectiva o experiencia? (Incluir siempre que sea posible). | _____ |
| Consentimiento informado | 13 | ¿Dio su consentimiento informado el paciente? Facilítelo si se le solicita. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

1. Título.

2. Resumen.

3. Introducción.

4. Reporte del caso.

5. Discusión & Conclusión.

6. Referencias bibliográficas.

* Pueden existir algunas consideraciones especiales entre las revistas científicas.

** Consentimiento informado.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



Pautas para la redacción de la Introducción en reporte de casos.

Debe ser claro, enfocado, conciso.

No debe pretender escribir una revisión bibliográfica extensa.

No mayor de 3 párrafos.

Justifique la importancia del reporte de caso.

Debe indicar el propósito del reporte del caso y atraer la atención e interés del lector.



Introducción

La tuberculosis (TBC) es un importante problema de salud pública en países en desarrollo^{1,2}. En el mundo, se han incrementado los casos de TBC extra-pulmonar, en particular en los pacientes con infección por VIH¹. Más de 50% de casos de TBC gastrointestinal ocurren en pacientes con VIH. Otros factores de riesgo para la TBC gastrointestinal son la leucemia y el uso crónico de antisecretores gástricos^{1,3,4}.

La TBC gastrointestinal es infrecuente (5% de todos los casos), y afecta más comúnmente a la región ileocecal (80-90% de casos)^{1,2,4,6}. La TBC duodenal representa entre 0,5 y 2,5% de todos los casos de TBC gastrointestinal^{1-3,5-7}. La TBC duodenal primaria y aislada (sin compromiso de otros órganos) es extremadamente infrecuente^{1-3,6,9}. La mayoría de los casos de TBC duodenal ocurren en regiones endémicas, entre la tercera y cuarta década de la vida^{1,6,7}.

Presentamos un caso de TB duodenal primaria que se presentó como una obstrucción intestinal y hemorragia digestiva alta.

Caso clínico

✓ No se debe pretender escribir una revisión bibliográfica exhaustiva.

✓ La última frase de la introducción resume los principales objetivos del autor.

Mellado JM, Packer CD. El caso clínico: vigencia, valores y estrategias para abordar su escritura. Radiología. 2017.

✓ Resumir brevemente los antecedentes y el contexto del reporte de caso (1-3 párrafos).

✓ Breve descripción de qué está a punto de ser reportado y la importancia de informar tal caso.

✓ El contenido debe ser claro, enfocado, conciso, y atraer la atención e interés del lector.

Alosaywid BS, Abdulhaq NM. Guideline on writing a case report. Urol Ann. 2019.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

1. Título.

2. Resumen.

3. Introducción.

4. Reporte del caso.

5. Discusión & Conclusión.

6. Referencias bibliográficas.

* Pueden existir algunas consideraciones especiales entre las revistas científicas.

** Consentimiento informado.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



EVOLUCION

25/03/2019 → HC de SP: Candida Tropicallis (1)

Leuc: 24 620
N: 0 B: 90%

Fondo de ojo
y ecocardio
Normal

HC SP (-)
Bucal (-)

GMN: 0.35

PCR: 219

HC SP (-)
Bucal (-)

HC SP (-)

PCR: 257

PCR: 119

Lesiones
nodulares
hipercrómicas

HC CVC x3
(-)

PCR: 74

Leuc: 85 980
N: 0 B: 93%

CMV de
LBA: 1407

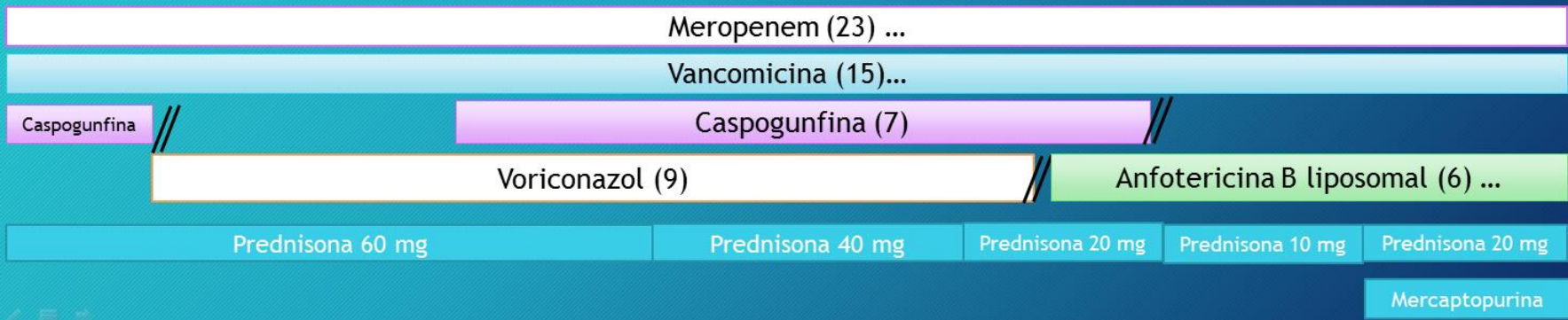
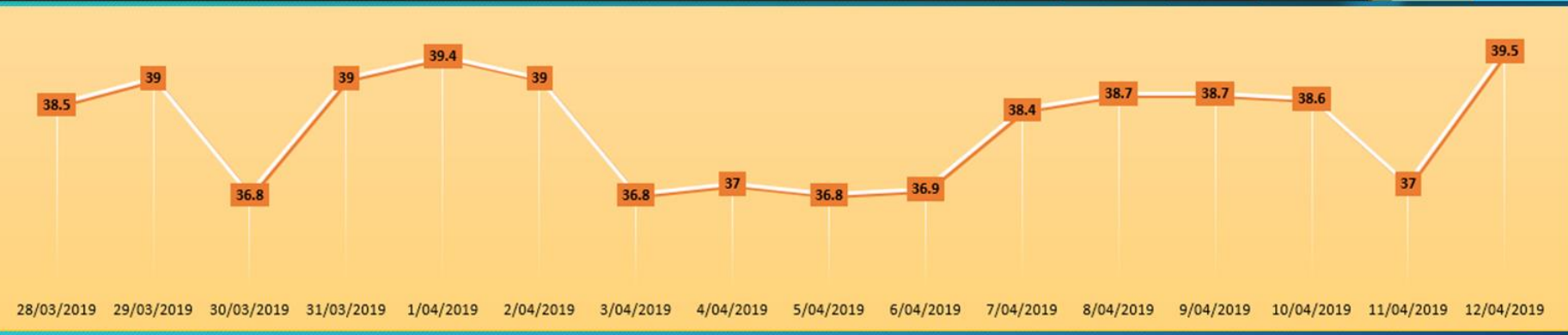
HC CVC (-)
LBA (-)

GMN de
LBA: 0.39

PCR: 234

HC CVC x2
(-)

Aumento de
Lesiones
nodulares



Julio Maquera-Afaray
Instituto del Niño
San Borja

✓ Líneas de Tiempo en nuestras discusiones clínicas diarias.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



- ✓ Describe en forma narrativa y cronológica; así como, elementos esenciales de la descripción del caso.
- ✓ **Preferible contar con una versión extensa inicial que pueda pulirse.**

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



Paciente N° 1. Paciente de sexo masculino, 56 años de edad, agricultor, natural y procedente de una pequeña localidad, perteneciente al departamento de Amazonas, situada en la selva peruana a 2.331 m de altitud, con una temperatura media de 14,5 °C. No había realizado viajes previos a otras localidades. Acudió al hospital con seis meses de enfermedad, presentando dolor y tumoración en el muslo derecho, sin compromiso del sistema nervioso central.

Los exámenes de laboratorio (hemograma, pruebas hepáticas, glucosa, urea sérica y creatinina) estuvieron dentro de los valores normales. La prueba de ELISA para VIH fue negativa. La radiografía de tórax fue normal.

Bustamante b, Swinne D. **Aislamiento de *Cryptococcus neoformans variedad gattii* en dos pacientes peruanos.** Rev Iberoam Micol. 1998.

✓ Información demográfica (edad, sexo, raza, ocupación, lugar de residencia, etc).

✓ Información sobre factores de riesgo (hábitos de vida, uso de medicamentos, alergias, antecedentes patológicos, antecedentes familiares).



REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



Luego de 121 días posterior a la cirugía, el paciente ingresó a emergencia por presentar fiebre (38 °C), hiporexia, dolor abdominal difuso y diarrea líquida sin moco o sangre. Las funciones vitales fueron las siguientes: presión arterial de 100/78 mmHg, latidos cardiacos de 115 por minuto y frecuencia respiratoria de 21 por minuto, saturación de oxígeno de 98% y 30 kg de peso corporal. El examen físico mostró mucosas orales deshidratadas, llenado capilar de dos segundos, ruidos hidroaéreos presentes, y abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda principalmente en mesogastrio, sin signos de irritación

✓ **Información clínica** (manifestaciones clínicas en orden cronológico, examen clínico con mención de los hallazgos positivos o negativos pertinentes, hallazgos de laboratorio pertinentes, severidad de síntomas y signos, comorbilidades, evolución de enfermedad).

Romaní FR. Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado. CIMEL. 2010.



Julio Maquera-Afaray
Instituto del Niño
San Borja

Rojas-Contreras C, De la Cruz-Ku G, Vilcarromero S, Villacaqui Ayllon R, Valcarcel-Valdivia B. Reporte de caso de resistencia al ganciclovir en enfermedad por citomegalovirus postrasplante cardiaco. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



the liver without biliary obstruction. Serological work-up, including testing for human immunodeficiency virus, rapid plasma reagin, hepatitis panel (hepatitis A antibody subtype IgM, hepatitis surface antigen, hepatitis B core IgM, hepatitis C antibody), antineutrophilic antibody, antimitochondrial antibody, and anti-smooth muscle antibody, was negative. Ceruloplasmin, ferritin, and immunoglobulin panel were normal. Urine drug screen was positive for cannabinoids. Acetaminophen level was negative at presentation.

peritoneal. Los exámenes de laboratorio mostraron neutropenia ($1,78 \times 10^3/\text{mm}^3$, valores normales (VN): $1,8-8 \times 10^3/\text{mm}^3$) y transaminasas elevadas (transaminasa pirúvica: 192 U/L VN: 6-38 U/L, transaminasa oxaloacética: 258 U/L VN: 9-46 U/L). Inicialmente se sospechó de infección bacteriana o viral. No obstante, una elevación de la carga viral confirmó el diagnóstico de ECMV. Se reinició tratamiento con ganciclovir intravenoso (5 mg/kg/12h) por 14 días. Dado la mejoría clínica, el paciente fue dado de alta con tratamiento con valganciclovir vía oral (450 mg/24 horas) y sin monitorización de la carga viral.

✓ **Información clínica (hallazgos de laboratorio pertinentes), aproximación diagnóstica o diagnósticos diferenciales planteados durante el estudio del caso.**

Aggarwal A, Jaswal N, Jain R, Elsiey H. **Amoxicillin-clavulanate-induced Granulomatous Hepatitis: Case Report and Review of the Literature.** J Clin Transl Hepatol. 2019.

✓ **Es conveniente proveer el rango de referencia de valores de laboratorio que no son ampliamente conocidos.**

Rojas-Contreras C, De la Cruz-Ku G, Vilcarromero S, Villacaqui Ayllon R, Valcarcel-Valdivia B. **Reporte de caso de resistencia al ganciclovir en enfermedad por citomegalovirus postrasplante cardiaco.** Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018.



REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

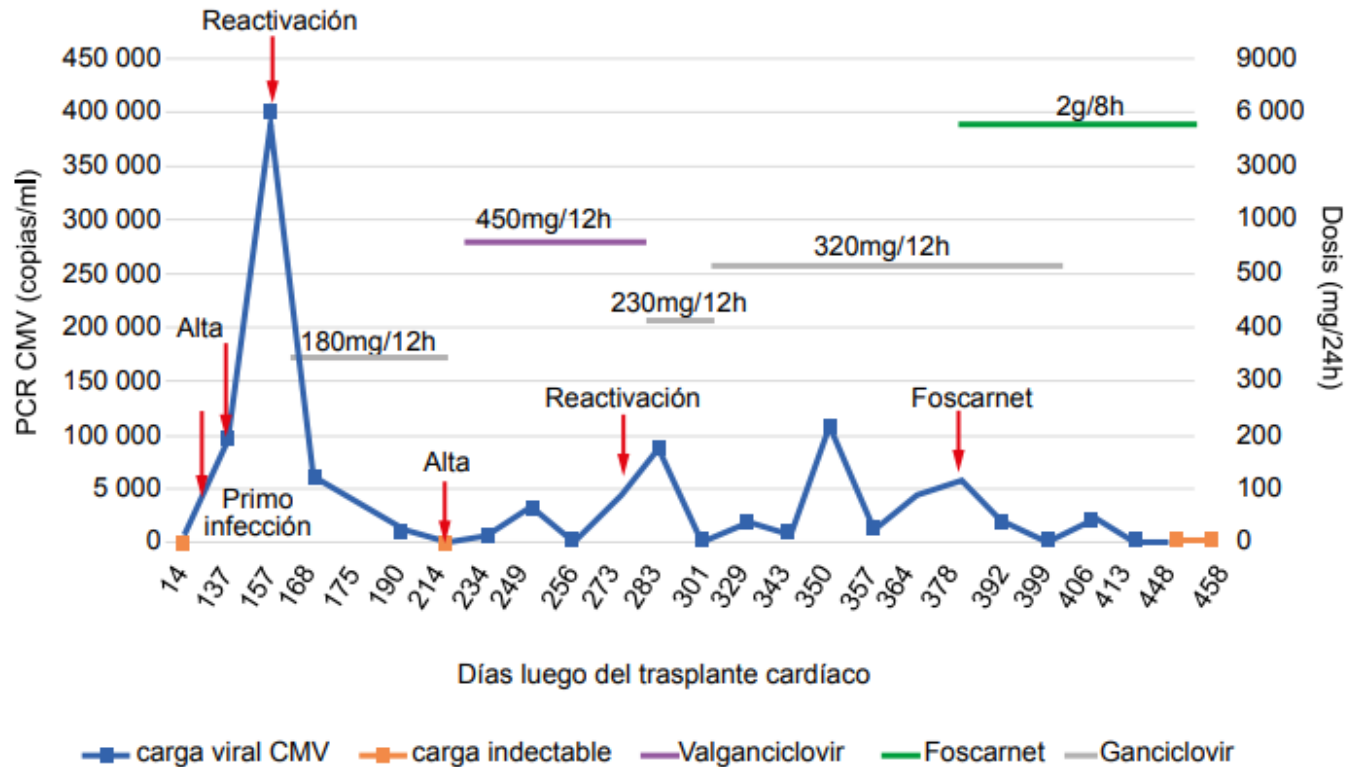


Figura 2. Evolución de la viremia según los días posteriores al trasplante cardíaco. Los fármacos terapéuticos también se presentan, de acuerdo con la historia de la enfermedad.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

Candida auris is a drug-resistant yeast that causes dangerous infections and can spread easily between patients and staff in health care facilities.

► *C auris* can cause bloodstream and wound infections. Some infections are difficult to treat, so preventing the spread of *C auris* is important.

► Most people who get infections are already very sick or have impaired immune systems.

► Family and close contacts should wash their hands before and after contact with *C auris* patients.

► In the health care setting, *C auris* patients should be placed in private rooms, and all health care providers must wear gloves and gowns and wash their hands frequently.

⚠ Alert medical staff if you or a family member have been diagnosed with *C auris* or have stayed in a health care facility with *C auris* present.

Figure. Management of Suspected and Confirmed *Candida auris*

1 Reasons to suspect *Candida auris* infection

Recent health care provided in a facility or country with known infections

- Hospitals and nursing homes primarily in New York City, New Jersey, and Chicago
- Countries with multiple known cases (Australia, Canada, China, Colombia, France, Germany, India, Israel, Japan, Kenya, Kuwait, Oman, Pakistan, Panama, Russia, Saudi Arabia, Singapore, South Africa, South Korea, Spain, the United Kingdom, and Venezuela)

Identification of other unusual species in health care facility

- *C haemulonii*, *C sake*, *C catenulata*, *C famata*, *C lusitaniae*, *C guilliermondii*, *Rhodotorula glutinis*

2 Response protocol for suspected *C auris* infection

Notify health care facility infection control and the Centers for Disease Control and Prevention

Send suspected isolates to referral laboratory for confirmation

- Use matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight mass spectrometry or other molecular tests

Isolate patients with suspected *C auris*

- Private room and designated health care staff
- Strict adherence to hand hygiene and use of gloves, gowns, and designated equipment
- Daily and terminal disinfection

Begin treatment

- Empirical therapy with an echinocandin (anidulafungin, caspofungin, or micafungin)

Report confirmation of *C auris*

- Centers for Disease Control and Prevention
- Local public health authorities

3 Follow-up protocol

C auris infection confirmed

- Contact infectious disease specialist regarding definitive therapy
- Isolate and screen patient contacts for *C auris* infection or colonization
- Optimize environmental disinfection
- Consider decolonization of patient skin and mucosa
- Rescreen patients at 3-month intervals

C auris infection not confirmed

- Repeat screening after 1 week if cultures were negative for *C auris* before discontinuing patient isolation

A los cinco días de su término presentó un nuevo cuadro de deposiciones líquidas, fiebre y distensión abdominal con un estudio de toxina y RPC positivo a *C. difficile*.

En el contexto de una segunda recurrencia, se decidió realizar un TMF cuyo donante fue la hija de la paciente. El procedimiento se realizó vía colonoscópica con 150 g de heces/500 cc solución fisiológica al 0,9%. La solución se instiló desde el íleon terminal hasta el colon descendente proximal. La evolución posterior al TMF fue favorable, manteniéndose asintomática después de 24 meses del procedimiento.

Dada la importancia del tipo de microbiota, la identificación de un donante fecal sano es el paso inicial esencial para obtener un TMF exitoso. Dentro de las características que se requieren cumplir para calificar como donante sano, están el tener ≥ 18 y ≤ 60 años, con un índice de masa corporal entre ≥ 18 y ≤ 30 kg/m².^{41,42}. Además, el donante debe ser estudiado ampliamente, descartando factores de riesgo y enfermedades infecciosas. En nuestros dos pacientes, se cumplieron las recomendaciones mencionadas en diferentes publicaciones^{15,24,42}.

REPORTE DE CASO

✓ Explicación lógica del tratamiento instaurado, respuesta al tratamiento y efectos adversos al tratamiento.

DISCUSIÓN DEL CASO

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de diagnóstico de los pacientes con coinfección malaria-VIH en un hospital de Iquitos, Perú

| Características | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 | Caso 4 |
|---|--|--|---|--------------------------------------|
| Edad (años) | 55 | 30 | 35 | 43 |
| Sexo | Masculino | Masculino | Femenino | Masculino |
| Procedencia | Iquitos | Punchana, Iquitos | Iquitos | Iquitos |
| Historia de viajes | Putumayo, Yaravi, Caballococha (Loreto) | No | No | No |
| Trabajo | Policia | Leñador | Labor doméstica | Desconocido |
| Tiempo diagnóstico VIH (meses) | 12 | 5 | Episodio actual (debut) | Episodio actual (debut) |
| CD4 (células/mm ³) | 204 | 80 | 350 | - |
| Carga viral (copias/mm ³) | 3 203 967 | 346 141 | 105 000 | - |
| Estadio clínico (OMS) | B | C | A | A |
| Historia previa de TARVc | No | AZT+3TC+EF (No adherente) | No | No |
| Profilaxis | No | No | No | No |
| Historia previa de malaria | No | No | No | No |
| Antecedentes médicos (incluye tuberculosis) | No | No | No | No |
| Características clínicas | | | | |
| Inicio de síntomas (días) | 11 | 6 | 6 | 7 |
| Manifestaciones generales | Fiebre + escalofríos | Fiebre + diaforesis | Fiebre + escalofríos | Fiebre + diaforesis |
| Síntomas respiratorios | No | Disnea | No | No |
| Síntomas neurológicos | Cefalea | No | Cefalea + trastorno de sensorio Convulsiones+ Glasgow 6/15 | Cefalea leve |
| Síntomas abdominales | Dolor epigástrico, hepato-esplenomegalia | Diarrea crónica | Dolor epigástrico, diarrea aguda | Dolor abdominal, diarrea aguda |
| Exámenes de laboratorio | | | | |
| Hemograma | | | | |
| Hemoglobina (g/dL) / Hematocrito (%) | 9,0 / 26,3 | - / 15,0 | 10,5 / 33,0 | 14,1 / - |
| Leucocitos (A, S, L) | 2900 (0, 35, 56) | 5300 (4, 62, 30) | 7720 (0, 43, 40) | 4670 (-) |
| Plaquetas (unidades/ml) | 133 000 | 419 000 | 176 000 | 67 000 |
| Tiempo Protrombina (s) | 16 | 12 | - | - |
| Perfil Hepático | | | | |
| Albúmina | 2,4 | 2,8 | 3,9 | - |
| Transaminasas AST/ALT | 91/56 | 9/7 | - | - |
| Bilirrubina total (mg/dL) | 0,36 | 0,45 | - | - |
| Bilirrubina directa (mg/dL) | 0,16 | 0,20 | - | - |
| Perfil Renal | | | | |
| Creatinina (mg/dL) | 1,0 | 1,1 | 0,89 | 0,87 |
| Urea (mg/dL) | 21,0 | 33,0 | - | - |
| Complicaciones condicionantes | No | No | Sistema nervioso central | No |
| Diagnóstico de malaria | <i>P. falciparum</i> (++) (Quinto día de hospitalización) | <i>P. falciparum</i> (+++) (Primer día de hospitalización) | <i>P. vivax</i> (++) (Dos días antes de la admisión) | <i>P. vivax</i> (+) (En la admisión) |
| Tratamiento | Artesunato+ mefloquina SMX -TMP + clindamicina Ceftriaxona Transfusión de eritrocitos | Artesunato+clindamicina Ceftriaxona Transfusión de eritrocitos | Artesunato+clindamicina Ceftriaxona | Cloroquina + primaquina |

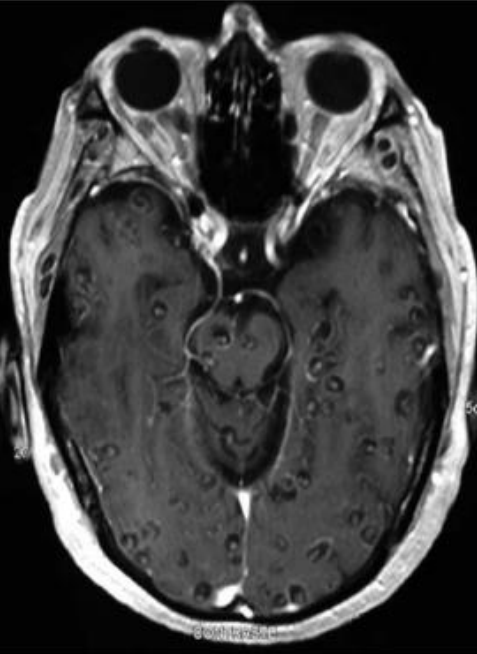
REPORTE DE CASOS

Se realizó una búsqueda retrospectiva de los registros de pacientes con coinfección de malaria y VIH en un hospital peruano de una zona de baja endemicidad de malaria en Iquitos, Perú, durante el periodo 2011-2016, que fueron atendidos por presentar síndrome febril. Encontramos cuatro pacientes que presentaron diagnóstico de infección por VIH y resultado positivo para malaria por examen de sangre periférica (gota gruesa).

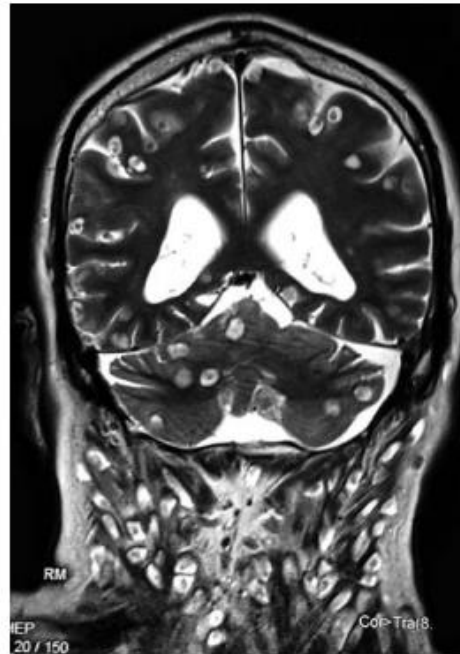
Todos los pacientes eran adultos, la mayoría (3/4) estaban en estadio no sida, nunca se habían tratado con antirretrovirales (naive) y procedían o presentaban estancia en zona de transmisión de malaria. Sólo uno recibía TARVc con mala adherencia y en estadio sida. De los pacientes naive, dos presentaron infección por VIH como debut de la enfermedad, estos fueron positivos para *P. vivax* (uno con compromiso del sistema nervioso central con probable malaria cerebral) (Tabla 1).

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

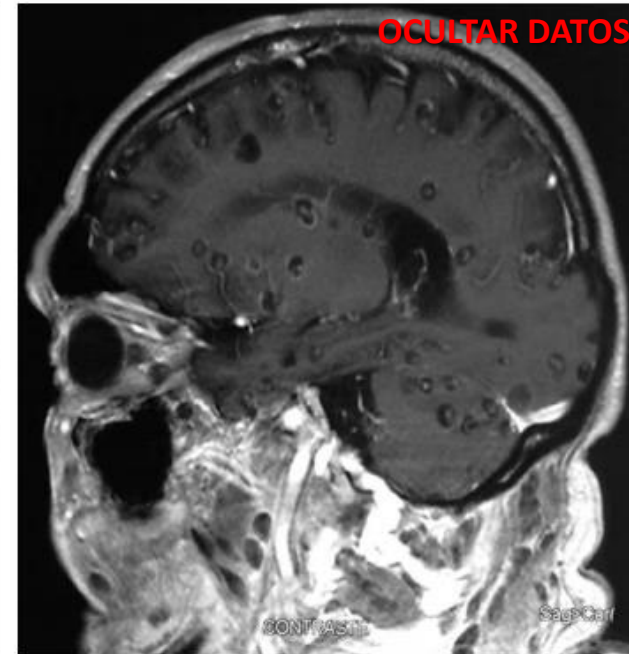
(A)



(B)



(C)



OCULTAR DATOS DEL PACIENTE

Figura 1. Resonancia magnética nuclear cerebral (A) corte axial, muestra múltiples quistes hipointensos con evidencia de imágenes puntiformes en su interior (escólex) en T1 e hiperintensas en T2, (B) corte coronal comprometiendo hemisferios cerebrales, tronco encefálico y cerebelo, (C) adicionalmente, se observan cisticercos intraorbitarios y en los compartimientos musculares y subcutáneos del cuello y macizo facial

✓ La presentación de fotografías, histopatología, electrocardiogramas, placas radiográficas o exámenes de imagen ayudan a documentar mejor el caso, dicha información debe ser obtenida con permiso del paciente o de la institución donde el paciente fue tratado.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



Pautas para la redacción de la Descripción del reporte de caso.

Describa el caso en forma narrativa, en orden cronológico (relación temporal y causal).

Proporcione datos demográficos del paciente (edad, sexo, altura, peso, raza, ocupación, etc).

Evite los identificadores de pacientes (fecha de nacimiento, iniciales).

Enumere la enfermedad actual del paciente.

Enumere el historial médico del paciente, historial familiar y social.

Proporcione los resultados pertinentes en el examen físico.

Proporcione valores de laboratorio pertinentes que respalden el caso (rangos de referencia para valores de laboratorio que no son ampliamente conocido o establecido).

Enumere los procedimientos de diagnóstico pertinentes y respalden el caso. Así como, diagnósticos diferenciales planteados durante el estudio del caso.

Proporcione fotografías de histopatología, radiografías, etc. Obtenga el permiso del paciente para usar las fotografías del paciente o seguir pautas institucionales

Explicación lógica del tratamiento instaurado, respuesta al tratamiento y efectos adversos.

Asegúrese de que la presentación del caso del paciente proporcione suficientes detalles para el lector para establecer la validez del caso.



REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

1. Título.

2. Resumen.

3. Introducción.

4. Reporte del caso.

5. Discusión & Conclusión.

6. Referencias bibliográficas.

* Pueden existir algunas consideraciones especiales entre las revistas científicas.

** Consentimiento informado.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

En general son escasas las publicaciones sobre actinomicosis esofágica. Encontramos 24 casos descritos en la literatura, según las revisiones de Murchan *et al.* ⁽⁶⁾ y Abdalla *et al.* ⁽⁷⁾ de ellos nueve fueron en pacientes con infección por VIH; no obstante, realizamos una nueva revisión de casos posterior a estos reportes, encontrando 12 casos más de actinomicosis esofágica en pacientes con enfermedad renal crónica terminal ⁽⁸⁾, neoplasia pulmonar de células no pequeñas (con historia de radiación mediastinal) ⁽⁹⁾, carcinoma broncogénico ⁽¹⁰⁾, carcinoma de tráquea ⁽¹¹⁾, malignidad hematológica ⁽¹²⁾, trasplante renal ⁽¹³⁾, diabetes ⁽¹⁴⁾, esofagitis eosinofílica ⁽¹⁵⁾, e inmunocompetentes ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, pero ningún otro caso en pacientes con infección VIH.

✓ En esta sección se enfatiza la condición o característica que hace al caso o serie de caso publicable y destacable.

Romaní FR. **Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado.** CIMEL. 2010.

Maquera-Afaray J, Pérez-Lazo G, Magallanes J, Arenas J. **Actinomicosis esofágica en pacientes con infección por VIH.** Rev Gastroenterol Peru. 2019

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

Table 1 Literature review of actinomycotic oesophagitis

| Author/year | Age/sex | HIV | Cancer | Clinical features | Additional conditions | EGD findings | Biopsy confirmed | Culture results | Treatment | Outcome |
|----------------------------|---------|-----|--------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------------------|------------------|-----------------|---|--------------------------|
| Ranchman ⁴ 1970 | 30/F | No | No | Dysphagia | - | Granulation tissue | Yes | Not done | Iv PCN, sulfonamide × 3 months | Recovered |
| Weese ² 1975 | 10/M | No | No | Vomiting, chest pain, cough | Pleural effusion, subdiaphragmatic, mediastinal abscess | Traction diverticulum of oesophagus | Yes | Negative | Iv PCN, sulfadiazine × 12 months, rib resection | Recovered |
| Spencer ¹⁴ 1993 | 47/M | Yes | No | Dysphagia, odynophagia | Oral thrush, oral hairy leukoplakia | Ulcer, fistulae, white plaques | Yes | NS | NS | NS |
| | 27/M | Yes | NS | Odynophagia | - | Ulcers, strictures | Yes | NS | NS | NS |
| Poles ¹³ 1994 | 42/M | Yes | No | Odynophagia | CMV oesophagitis | 12 cm long ulcer | Yes | Negative | Iv PCN for 6 w, po PCN × 12 months | Recovered |
| | 29/M | Yes | No | Odynophagia | CMV oesophagitis | Severe oesophagitis, ulceration | Yes | Positive | po PCN for 6 months | Recovered |
| Vikram ⁶ 1994 | NS | No | Oesophageal cancer | NS | Receiving chemotherapy/radiotherapy | Not done ^a | Yes | Not done | Not treated | Not treated ^b |
| Ng ⁸ 1997 | 55/M | NS | Disseminated Pancreatic cancer | Epigastric pain | - | 1 cm erythematous nodule | Yes | Positive | Amoxicillin/clavulanate × 2 months | Recovered |
| Megibow ¹⁵ 1998 | NS | Yes | NS | NS | - | NS | Yes | NS | NS | NS |
| Nair ⁹ 1999 | 37/M | No | Renal cell cancer | Dysphagia, odynophagia | - | 2 cm ulcer with exudates | Yes | Positive | NS | NS |
| Lee ¹² 2002 | 41/M | Yes | No | Odynophagia | Oral thrush | 5 cm ulcer with yellow exudates | Yes | Negative | Iv PCN × 6 months | Recovered |
| Arora ¹⁰ 2003 | 37/M | Yes | CNS lymphoma | Chest pain | Candida oesophagitis | Deep ulcer, sinus tract, fistula | Yes | NS | Iv PCN × 1 month, po PCN × 2 months | Relapsed/non-compliance |
| Yagi ⁷ 2003 | 19/M | No | T cell lymphoma | Pharyngeal pain, dyspnoea | Perforated soft palate | Ulcers | Yes | Negative | Ampicillin Arbekacin × 60 days | Death ^c |

✓ Comparar los hallazgos con qué se sabe en la literatura y por qué cree que este caso es diferente.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



Las características clínicas de la actinomicosis esofágica en pacientes con infección por VIH son inespecíficas y difícil de diferenciar de otras causas de esofagitis infecciosa en VIH, siendo la disfagia y odinofagia los síntomas más frecuentes. Del mismo modo, los hallazgos radiológicos no son específicos. El esofagograma con bario, con relación a actinomicosis, podría mostrar úlceras profundas y múltiples trayectos fistulosos, pero también irregularidades en la superficie mucosa, pequeños segmentos de estenosis o únicamente úlceras, que también se observan en esofagitis debido a *Candida*, VHS y CMV. La tomografía computarizada, en estadios tempranos de la infección, puede mostrar engrosamiento de la pared esofágica, con potencial desarrollo de fístulas ⁽¹²⁾.

✓ Debe incluir las lecciones que deben aprenderse del caso que se presenta, precisando el mensaje educacional, recomendando, acciones a tomar frente a casos parecidos (aplicabilidad del reporte de caso en la práctica).

✓ No es necesaria una extensa revisión bibliográfica, la revisión debe ser selectiva y debe estar enfocada en presentar el tema o mensaje principal por la cual el reporte y sería de caso es publicado.

Maquera-Afaray J, Pérez-Lazo G, Magallanes J, Arenas J. **Actinomicosis esofágica en pacientes con infección por VIH.** Rev Gastroenterol Peru. 2019.

Romaní FR. **Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado.** CIMEL. 2010.



REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS

En conclusión, aunque es una enfermedad rara, la actinomicosis debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de patología esofágica de difícil manejo como una causa especialmente importante en pacientes con infección por VIH. No existen datos clínicos ni estudios auxiliares específicos, siendo la endoscopia digestiva alta con toma de biopsia esencial para definir el diagnóstico y tratamiento apropiado.

- ✓ La conclusión y recomendaciones deben ser cautas, ya que no se puede recomendar tratamientos o exámenes diagnósticos en base a un caso aislado o particular.
- ✓ También es importante listar oportunidades para investigación que puedan surgir de este reporte.
- ✓ Esta sección es breve y no debe exceder un párrafo.

Romaní FR. **Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado.** CIMEL. 2010.

Maquera-Afaray J, Pérez-Lazo G, Magallanes J, Arenas J. **Actinomicosis esofágica en pacientes con infección por VIH.** Rev Gastroenterol Peru. 2019

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



Entre las limitaciones del caso, se resalta que nuestra institución no posee el equipo de laboratorio para detectar la mutación responsable de la resistencia; por lo tanto, esta prueba no pudo realizarse. Sin embargo, nos basamos en la condición clínica para detectarla. Por otro lado, la obtención de foscarnet fue tediosa dado su falta de disponibilidad en el Perú, por lo que su administración al paciente tuvo una ligera demora.

Rojas-Contreras C, De la Cruz-Ku G, Vilcarromero S, Villacaqui Ayllon R, Valcarcel-Valdivia B. **Reporte de caso de resistencia al ganciclovir en enfermedad por citomegalovirus postrasplante cardiaco.** Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018

- ✓ Es importante reconocer las limitaciones que pudiese tener el reporte.
- ✓ Solo discuta lo que es relevante para su caso y no proporcione ninguna especulación no probada y sin respaldo.
- ✓ Reconocer y explicar cualquier ambigüedad o imprevisto. características ocurrieron incluso si está contradiciendo su concepto.



Pautas para la redacción de la Discusión del reporte de caso.

Comparar y contrastar el reporte del caso con la revisión de la literatura.

Explicar/Justificar las similitudes y diferencias entre el reporte del caso y la literatura.

Justifique la singularidad del caso.

Confirme la precisión del reporte del caso del paciente.

Enumere las limitaciones del informe del caso y describa su relevancia.

Resumir las características más destacadas del reporte del caso.

REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



Pautas para la redacción de la Conclusión del reporte de caso.

Asegúrese de que esta sección sea breve y no exceda un párrafo.

Proporcione una conclusión justificada.

Proporcionar recomendaciones basadas en evidencia.

Describa cómo la información aprendida se aplica a la propia práctica.

Listar oportunidades para la investigación.



REDACCIÓN DE REPORTE DE CASOS



**MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN.**

TITLE OF CASE

You do not need to include "a case report" in the title – you may be cryptic if you wish

SUMMARY *This will be freely available online*

Up to 150 words summarising the case presentation and outcome
We need a good flavour of the case – emphasise the learning points

BACKGROUND *Why you think this case is important – why did you write it up?*

Why is the case of interest to our readers?
Is this a prevalent health problem?
Is there a clear message?

CASE PRESENTATION *Presenting features, medical/social/family history*

This is the patient's story – but please be sensitive to patient confidentiality

- How did they present?
- What is the **relevant** history? Why is this relevant?
- Explain your findings and how they influenced your decisions

Do not use abbreviations for diseases or investigations

INVESTIGATIONS *If relevant*

All investigations that create a background (baseline) picture are relevant
All investigations that are crucial to management decisions should be discussed in full

Chose appropriate images and videos to illustrate your point (maintaining patient confidentiality)

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS *If relevant*

Please don't list these. What we want to see is how the final diagnosis is teased out. What are the consequences to management or treatment for the differential diagnoses?

For example

A man in his 60s who has smoked for 40 years and presents with epigastric pain radiating posteriorly may have a leaking abdominal aortic aneurysm, acute pancreatitis or a perforated duodenal ulcer. Particular historical details and investigations separate these diagnoses, and treatment of each is vastly different; indeed, treating one cause for the other is detrimental. Discuss these and the pitfalls that may ensue.

TREATMENT *If relevant*

Include pharmacological and non-pharmacological, eg, surgery, physiotherapy, supportive care

OUTCOME AND FOLLOW-UP

Always include follow up data where you can; it gives readers a clear understanding of outcome

The follow-up period should be defined

Please state if the patient has died even if not directly related to your case

DISCUSSION *Include a very brief review of similar published cases*

This is the opportunity to describe mechanisms of injury, guidelines and their relevance, diagnostic pathways (use diagrams if you like) and the points of interest of the case

A brief summary of **relevant clinical guidelines** is appropriate

Did you have to make an exception?

Did you have to adapt the guidelines?

LEARNING POINTS/TAKE HOME MESSAGES 3 to 5 bullet points**THIS IS A REQUIRED FIELD**

These are the most crucial part of the case – what do you want readers to remember when seeing their own patients

REFERENCES

Include only relevant references including guidelines in [Vancouver style](#)

FIGURE/VIDEO CAPTIONS

We do not have a limit on illustrations but choose only what illustrates your case most effectively

We encourage **colour images** and **video files**

PATIENT'S PERSPECTIVE

This is an optional section to give the patient the opportunity to comment on their experience – only very relevant personal and family details should be included

ESSENTIAL INFORMATION

In addition to the guidance in this template please read the [instructions to authors](#) online

You must have **SIGNED INFORMED CONSENT** from patients (or relatives/guardians) before submitting to BMJ Case Reports. Please anonymise the patient's details as much as possible, eg, specific ages, occupations. Consent forms are available in several languages

<http://group.bmj.com/products/journals/patient-consent-forms>