



## AUTORIDADES DE LA REVISTA

### DIRECTOR

DR. FERNANDO J. H. CARIGNANO

### EDITORA ASOCIADA

DRA. MARTA ROQUE

### COMITÉ DE REDACCIÓN

DR. ERNESTO ALDA

DR. MARCELO GARCÍA DIÉGUEZ

DR. HORACIO MATURI

DR. GUSTAVO TRÓCCOLI

### SECRETARIO DE PRENSA

DR. FERNANDO IARLORI

### DISEÑO GRÁFICO

CECILIA B. STANZIANI

FERNANDO SUÁREZ

ISSN 1515-8659

PROP. INTELECTUAL 750030

Indexado en LILACS Nº SECS (Bireme) 16501

Evaluada por Latindex. Sistema Reg. de

Información en Línea para Revistas Científicas

de América Latina, el Caribe, España y

Portugal. Folio 11842

Esta publicación es propiedad de la

ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA

Pers. Jurídica Nº 243

Castelli 213 - B8000AIE Bahía Blanca

Prov. de Buenos Aires, Argentina

## Índice

### Editorial

#### Las Enfermedades de la Sociedad

*Carignano F* 2

### Resúmenes de Comunicaciones

#### XVI Jornadas Científicas del Hospital Interzonal

"Dr. José Penna" 3

Anatomía Patológica 4

Cardiología 5

Cirugía 7

Clínica Médica 9

Diagnóstico por Imágenes 11

Endocrinología 13

Hematología 16

Infectología 17

Investigación Básica 19

Medicina Preventiva 22

Neumonología 25

Neurología 27

Oncología 29

Pediatría-Nefrología 30

Salud Mental 36

Índice Alfabético de Autores 38

# LAS ENFERMEDADES DE LA SOCIEDAD

## THE DISEASES OF THE SOCIETY

*«Cuando advierta que para producir necesita obtener autorización de quienes no producen nada; cuando compruebe que el dinero fluye hacia quienes trafican no bienes, sino favores; cuando perciba que muchos se hacen ricos por el soborno y por influencias más que por el trabajo, y que las leyes no lo protegen contra ellos sino, por el contrario, son ellos los que están protegidos contra usted; cuando repare que la corrupción es recompensada y la honradez se convierte en un autosacrificio, entonces podrá afirmar, sin temor a equivocarse, que su sociedad está condenada.»*

**(Ayn Rand, La Rebelión de Atlas, 1957)**

La claridad de la frase escrita por la filósofa rusa creadora del objetivismo (al que definía como la filosofía necesaria para vivir en la tierra), no meritaria mayores comentarios que expliquen lo que expresa de una forma y exactitud casi excelsas.

Sin embargo, muchos médicos descubrimos a diario que nuestros mayores y más específicos conocimientos científicos -la mayoría de ellos logrado con nuestro esfuerzo personal-, que nuestro entrenamiento cada vez más riguroso y exigente y que nuestra dedicación cada vez más amplia, no alcanzan para curar, mitigar o, por lo menos, hacer más tolerables los males que afectan a nuestra gente.

Percibimos, con cierta desazón, que nos invade un sentimiento de impotencia al no poder solucionar adecuadamente los problemas que sitian la salud de los pacientes que nos consultan. Es evidente que los adelantos científicos, sean o no beneficiosos en términos de eficiencia, no alcanzan en modo alguno para remediar los males que contactamos a diario. Sólo tratan a la porción menor de la población que asistimos.

La angustia de un padre de familia sin trabajo, la abulia del que sólo espera la ayuda de un programa estatal para su sustento, el desánimo del que se preparó concienzudamente para un trabajo y es desplazado por otro menos capacitado pero más relacionado, la furia del que quiere hacer y constantemente es obstaculizado por los que toman el «no hacer» como una cultura de vida, el cansancio del trabajador explotado, que hace de trueno pero siempre ve que llueve para otros, entre otras tantas; son causas etiológicas que no hemos estudiado en nuestras facultades, pero que sí causan enfermedad y muerte.

Tampoco somos originales en esto: ya Ramón Carrillo antes de 1940 nos advertía que, al lado de la pobreza, los gérmenes causan pobres enfermedades (debe ser por ello que murió solo y exilado); o, más recientemente, Amartya Sen, Nóbel de Economía, que dijo que «...*la mayor inversión de los pobres son años de vida...*».

Poco hemos hecho en este más de medio siglo; ya ahora, nos queda inculcarle a los que nos sucedan, que ninguna profesión puede crecer efectivamente cuando la sociedad en la que está inserta no crece y que también es tarea nuestra, de los médicos, que este desarrollo sea sano.

Dr. Fernando Carignano  
Secretario General de la AMBB

**XVI JORNADAS CIENTIFICAS DEL HOSPITAL  
INTERZONAL Dr. JOSÉ PENNA  
«Dr. Juan Carlos Plunkett»**

Presidente de las XVI Jornadas Científicas:  
Dr. Luis Santarelli

Secretario de las XVI Jornadas Científicas:  
Dr. Alejandro Ferro

Comite Organizador:  
Dres. Jorge Blasco, Rosa Defino, Luis Morán y Sr. Martin De Luca,

Comite Cientifico:  
Dres. Juan E. Pérez, German Ramallo y Carlos Wisniovsky

Auspicios:  
Municipalidad de Bahía Blanca  
Universidad Nacional del Sur  
Region Sanitaria I  
Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero"  
Colegio de Médicos de la Prov. de Bs. As. Distrito X  
Colegio de Odontólogos Distrito X  
Colegio de Bioquímicos Distrito I  
Colegio de Asistentes y Trabajadores Sociales  
Centro de Analistas Clínicos Distrito X  
Sociedad de Medicina Interna Bahía Blanca  
Sociedad Argentina de Pediatría

Lugar de realización:  
Hospital Penna Bahía Blanca- Salón de Actos Dr. Edgard Marcilese  
Desde el 14 de Noviembre de 2008

## Anatomía Patológica

### SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE TIROIDES (PAAF). CORRELACION CITO-HISTOLÓGICA.

Panelli E, Buitrago Salassa CA, Blasco JA  
Servicio de Patología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es uno de los métodos de mayor utilidad para comenzar el estudio de pacientes con patología tiroidea. Es una técnica sensible y específica que se realiza de forma sistemática para valorar el parénquima tiroideo y establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado. **Objetivo:** El objetivo de nuestro trabajo es establecer la sensibilidad y la especificidad de la PAAF de tiroides en el servicio de anatomía patológica del HIGA «Dr. José Penna» de Bahía Blanca, analizando la correlación cito-histológica. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos quirúrgicamente de la glándula tiroidea en el hospital Dr. José Penna, durante el período comprendido entre enero de 1998 y julio del 2008. Los datos se obtuvieron a partir de la revisión del archivo de anatomía patológica. De un total de 259 pacientes, se seleccionaron 37 pacientes que se sometieron a PAAF y posteriormente a cirugía tiroidea. **Resultados:** De los 37 pacientes seleccionados, 4 fueron hombres y 33 mujeres. El rango etario estuvo comprendido entre 23 y 78 años (media de 49 años). Las muestras citológicas obtenidas por PAAF fueron satisfactorias en 36 casos e inadecuadas para diagnóstico en solo 1 caso. Los diagnósticos citológicos obtenidos incluyeron: a) negativo para malignidad 17; b) positivo para malignidad 5; c) sospechoso de malignidad 14 y d) muestra inadecuada para diagnóstico 1. En el examen histológico de las piezas quirúrgicas se observó 23 casos con procesos benignos y 14 con lesiones malignas. Al correlacionar los datos obtenidos por la PAAF y la biopsia diferida se encontró: a) verdaderos negativos 14 casos; b) falsos negativos 3; c) verdaderos positivos 11 y d) falsos positivos 8. Entre los errores diagnósticos, vimos que en los falsos negativos la histología reveló 2 carcinomas papilares clásicos y 1 microcarcinoma esclerosante oculto. Los falsos positivos incluyeron 3 casos a tiroiditis de hashimoto, 2 adenomas microfolliculares, 2 bocios multinodulares y 1 adenoma de células de Hurtle. La sensibilidad de la PAAF de tiroides en relación con los hallazgos histológicos de la biopsia diferida, la que fue de 79%; mientras que la especificidad encontrada fue de 64%. **Conclusión:** Los resultados obtenidos en nuestro estudio en cuanto a la sensibilidad y la especificidad de la PAAF en nuestro servicio concuerdan con la experiencia hallada en otros estudios. Creemos igualmente que es importante mejorar los resultados de estos exámenes para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.

### QUISTE BRONCOGENICO CUTANEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Villafañe V, Lespi P.  
Servicio de Patología. Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción y Objetivo:** El quiste broncogénico (QB) es una anomalía congénita que se localiza principalmente en pulmón y mediastino, pero se han informado casos de ubicación extratorácica. El objetivo de este trabajo es presentar un QB cutáneo y realizar una revisión de la literatura.

**Materiales y Métodos (Caso clínico):** Varón de 4 años que mostró desde su nacimiento una tumoración preesternal, subcutánea. Se realizó la resección quirúrgica de la misma. En la macroscopía se reconoció un quiste de aproximadamente 3 cm con contenido mucoide. En el examen histológico la cavidad quística estaba revestida por epitelio cúbico pseudoestratificado ciliado y epitelio escamoso. Se apreciaron además, adyacentes al quiste, glándulas mucosas, fibras musculares lisas, estructuras vasculares e islas de cartílago hialino. El diagnóstico fue: quiste broncogénico cutáneo. **Resultados:** El QB es una anomalía poco común que se localiza en el parénquima pulmonar o en el mediastino con una frecuencia del 86%. En raras ocasiones se ubica en la piel, el tejido celular subcutáneo y el cuello. Se han publicado más de cincuenta ejemplos de QBs cutáneos. Estos varían en tamaño, pueden ser únicos, múltiples o multiloculados, y tener o no comunicación con las vías respiratorias. A nivel microscópico muestran un revestimiento epitelial ciliado con células caliciformes. También pueden desarrollar metaplasia escamosa, asociarse a islas de cartílago hialino en un estroma rico en tejido conectivo con fibras de músculo liso, glándulas mucosas y tejido nervioso. Los diagnósticos diferenciales son: quiste cutáneo ciliado, tirogloso, de inclusión epidérmica, branquial, dermoide y triquilemal. Las complicaciones del QB son la infección, la ruptura, las hemorragias y la rara transformación maligna. El tratamiento del QB cutáneo es la resección quirúrgica. **Conclusión:** El QB cutáneo es una anomalía congénita que suele ubicarse en la región supraesternal. Se manifiesta como una tumoración superficial, no dolorosa, que en el examen histológico presenta epitelio respiratorio. Si bien es una anomalía congénita, han sido documentados casos de malignización. Por tal motivo es aconsejable la resección quirúrgica completa y el seguimiento clínico, para detectar posibles complicaciones.

## Cardiología

### ESTUDIO PRELIMINAR DE PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

Gómez Echeverría G\*, Benozzi S\*, Álvarez C\*, Pennacchiotti G\*.

\*Cátedra de Bioquímica Clínica I, DBB y F. UNS. \*\*Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero» (HMABB). Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** En las últimas décadas se ha incrementado el estudio de la Proteína C Reactiva ultrasensible (PCR-hs) como marcador de inflamación, con uso clínico, en el contexto de la aterosclerosis. Su relación con los factores de riesgo cardiovascular es motivo de múltiples trabajos de investigación. **Objetivos:** estudiar la posible relación entre PCR-hs y algunos factores de riesgo cardiovascular en una población de Bahía Blanca. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio epidemiológico observacional. Se estudiaron 104 sujetos de ambos sexos, con edades entre 16 y 63 años, que concurren al Servicio de Medicina Preventiva y Salud Laboral del HMABB. Criterios de exclusión: patología cardíaca establecida, diabetes mellitus, dislipemias en tratamiento farmacológico, embarazo, procesos inflamatorios o infecciosos en curso, administración de drogas antiinflamatorias y ejercicio intenso en los días previos al estudio. En suero obtenido de la manera habitual, se determinaron: PCR-hs por inmunoturbidimetría de Roche, glucosa y colesterol total con métodos enzimáticos colorimétricos. A cada paciente se le midió la presión arterial y se le tomaron medidas antropométricas. Los datos se procesaron en un programa estadístico SPSS 14.0. **Resultados:** Los sujetos con glucemia  $\geq$  100mg/dL tuvieron un valor de mediana de 2.24mg/L vs. 1.60mg/L hallada en los individuos con glucemia  $<$  100mg/dL. La mediana en hipertensos fue 2.20mg/L vs. 1.58mg/L en normotensos. Los fumadores mostraron una mediana de 2.10mg/L vs. 1.40mg/L en los no fumadores. En los obesos se registró una mediana de 2.07mg/L vs. 1.50mg/L en sujetos no obesos. La mediana de PCR-hs en individuos que presentaron circunferencia de cintura (CC)  $>$  102cm en hombres y  $>$  88cm en mujeres fue 2.10mg/L vs. 1.53mg/L en aquellos con CC  $\leq$  102cm y  $\leq$  88cm, en hombres y mujeres respectivamente. **Conclusiones:** se observaron mayores niveles de PCRhs en aquellos pacientes que presentaron factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión, tabaquismo y obesidad. Si bien nuestra población fue pequeña, se observa una tendencia que indicaría que aquellos pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular suman un estado inflamatorio sistémico aumentado, lo cual sugeriría un riesgo mayor de padecer eventos cardíacos.

### RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL Y FACTORES DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN DE BAHÍA BLANCA

Benozzi S\*, Alvarez C\*, Gómez Echeverría G\*, Perruzza F\*\*, Pennacchiotti G\*\*

\*Cátedra de Bioquímica Clínica I, DBB y F. UNS. \*\*Hospital Municipal de Agudos «Dr Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de muerte en Argentina. El reconocimiento de los factores de riesgo (FR) para esta enfermedad y la evaluación del Riesgo Cardiovascular Global (RCG) mediante los escores que permiten predecir el riesgo de padecer un evento a 10 años, favorece la optimización de la utilización de los recursos disponibles en salud pública. **Objetivo:** evaluar el RCG en una población de nuestra ciudad y analizar los FR en los distintos niveles de riesgo. **Materiales y Métodos:** se estudiaron 291 sujetos, de ambos sexos, con edades entre 17 y 65 años que acudieron al Servicio de Medicina Preventiva del HMABB. Las muestras sanguíneas se obtuvieron de la manera habitual y se realizaron las determinaciones de: glucosa, colesterol total (CT), triglicéridos (TG) y colesterol HDL (C-HDL); se calcularon: colesterol LDL (C-LDL), C-no-HDL, CT/C-HDL, C-LDL/C-HDL. Se consideraron los datos de filiación, hábito tabáquico, presión arterial (PA) y medidas antropométricas. El RCG se evaluó según el modelo de Weibull (SCORE). Síndrome metabólico (SM) se definió según el National Heart Lung and Blood Institute/American Heart Association. Los datos se analizaron empleando un programa SPSS 14.0. **Resultados:** se halló 91% de sujetos con RCG menor que 1%; 2,1% con RCG 1%; 3,8% con RCG 2%; 1,7% con RCG de 3-4%; 0,7% con RCG de 5-9%; 0,7% con RCG de 10-14%. Se encontraron 46,7% de fumadores, 34 % de individuos con hipercolesterolemia, 34% con sobrepeso y 18,9% con obesidad, 11% de hipertensos y 10,3% de glucemias  $\geq$  100 mg/dL. SM estuvo presente en 11% de la población y el porcentaje de pacientes con SM aumentó con el riesgo. Conforme aumentó el RCG se detectó incremento en la edad, la PA sistólica y diastólica y en las concentraciones de CT y C-no-HDL. **Conclusiones:** se observó una alta prevalencia de FR vinculados con el aumento del RCG. La prevalencia de determinados FR estudiados es similar a la reportada en los trabajos de Lopez Santi y col (2003); Pitarque y col (2006). Hay coincidencia entre algunos de los resultados obtenidos y los reportados por Zosi M. y col (2006) única experiencia nacional publicada que utilizó el mismo método de evaluación. La utilización del SCORE puede resultar de utilidad en la atención primaria de la salud

**UNIDAD CORONARIA «DR. CARLOS BERTOLASSI» :  
ANÁLISIS DE 4 MESES DE TRABAJO**

Onetto L, Budassi N, Barrio J, Ramallo G

Unidad Coronaria. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El 1° de mayo del corriente año comenzó a funcionar en nuestro hospital, la Unidad Coronaria. **Objetivo:** mostrar las características poblacionales y de internación, y estadísticas sanitarias de dicha unidad. **Métodos:** análisis estadístico según fórmulas sanitarias epidemiológicas del ministerio de salud. **Resultados:** El análisis del funcionamiento es el siguiente: 123 días evaluados, desde el inicio de actividades al 01 de septiembre 4 camas, cumpliendo con todas las normas establecidas. Cubre todas las urgencias cardiológicas, recuperación de cirugía cardiovascular, y pacientes derivados de servicios de hemodinamia. Total pacientes ingresados en este período: 85. Giro cama del período (4 meses): 20 por mes: 5. Promedio de pacientes por día: 3,9. Promedio de camas disponibles: 4. Porcentaje ocupacional de camas: 97,5%. Promedio de permanencia: 6 días. Mortalidad global: 3,75%. 25 % de mujeres. 64% de HTA. 35 % de DLP. 25% de TBQ. 21 % de DBT. Diagnósticos de egreso: 1.3 % de TPSV. 1.3% síncope. 5.55% de reemplazo valvular. 1.3% POP carotideo. 12.5% FA. 7% ICC. 20% IAM. 12% CRM. 4.1 % de bradiarritmias. 15% angor inestable. 4.1% UDT. **Conclusiones:** La creación de la unidad coronaria permite una utilización eficiente de recursos, con baja mortalidad y alto giro cama.

## Cirugía

### ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LOS QUISTES ESPLÉNICOS.

Alonso Martín P, Santarelli LA, Otero Muñoz O, Medori AH, Busca JL.

Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** La laparoscopia se ha convertido en el abordaje de elección en varias patologías esplénicas. Actualmente por esta vía las resecciones se pueden realizar con total rapidez y seguridad, lo cual permite conservar más bazo que con la cirugía abierta, logrando baja morbilidad y resultados igualmente satisfactorios. Las indicaciones más comunes de resecciones parciales laparoscópicas se dan principalmente en lesiones primarias benignas.

En esta presentación se ven tres casos de resección parcial, dos quistes esplénicos simples y un quiste hidatídico esplénico y hepático a la vez, a éste último se le realizó hidatidectomía y resección parcial del quiste, en ambas etiologías con un resultado postoperatorio excelente expresado por: Baja estadía hospitalaria (26 hs. en promedio de estadía post operatoria), la tasa de recidivas es del 0%, las complicaciones asociadas al procedimiento 0%, tanto tempranas como tardías, dolor postoperatorio mínimo, controlable con dosis muy bajas de AINES. Como corolario podemos decir que; en nuestro grupo la estrategia inicial para el manejo definitivo de estas patologías se basa fundamentalmente en el abordaje laparoscópico o bien como vía inicial frente a las mismas, dejando otras vías de abordaje para los casos en que este método sea insuficiente, falle o existan contraindicaciones puntuales del paciente para la cirugía video laparoscópica.

### HIDATIDOSIS HEPÁTICA Y ESPLÉNICA, TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO.

Alonso Martín P, Santarelli L.A., Otero Muñoz O, Medori A H, Busca JL.

Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** La Hidatidosis hepática posee una incidencia entre 44 y 51 %, la esplénica 3 a 5%, resultando infrecuente (-1%) la ubicación simultánea en ambos órganos. La resolución quirúrgica de éstas afecciones está totalmente fuera de discusión cuando los quistes exceden los 3cm. La cirugía laparoscópica tiene lugar dentro del arsenal técnico del cirujano para éstos casos. Asimismo cuando el quiste asienta en el Bazo se plantea el dilema de la conservación del órgano la cual está apoyada ampliamente ya desde 1952 por los trabajos de King y Schumacher, Singer en

1973, Mercapide 1992. **Objetivo:** Demostrar la factibilidad del tratamiento laparoscópico de un quiste hidatídico esplénico y otro hepático preservando el bazo en el mismo acto operatorio. **Materiales:** Paciente femenino 34 años, habita zona endémica, sin antecedentes patológicos. Consulta por dolor súbito, punzante, intenso en hipocondrio izquierdo con irradiación lumbar. Ecografía que muestra dos formaciones quísticas una en hígado de 8cm y una esplénica de 14cm de diámetro, TAC que confirma los hallazgos, Gharbi I, arco V° positivo. **Método:** Laparoscopia exploradora y posterior procedimiento de Mabit adaptado a la cirugía videoendoscópica. Se retiraron drenajes a las 48 hs. alta 72 hs. **Resultados:** Se logró tratar definitivamente una patología potencialmente grave por un procedimiento poco invasivo y seguro con excelente resultado funcional y estético, controles ecográficos negativos. **Conclusiones:** La técnica laparoscópica aplicada en casos seleccionados de hidatidosis ofrece una metodología segura y eficaz independientemente del tamaño con los beneficios del abordaje mínimo.

### MEDIDAS INICIALES EN EL MANEJO DEL PACIENTE TRAUMATIZADO BUCOMAXILOFACIAL

Rolando L, Gamero MC, Giménez F.

Servicio de Odontología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El Hospital Penna es el principal centro de derivación de pacientes traumatizados de la Región Sanitaria 1. En una estadística realizada en el año 2004 en el servicio de guardia se observó que del total de ingresos al servicio de emergencias el 16% correspondieron a pacientes traumatizados Buco Máxilo Faciales (BMF). Las dos principales causas fueron golpe de puño, seguida de accidentes automovilísticos. **Objetivos:** Dirigido especialmente a médicos de guardia, residentes, odontólogos, traumatólogos y enfermeros del servicio de emergencia, se describen a continuación las medidas iniciales en el manejo del paciente traumatizado BMF en una guardia hospitalaria. Se desarrollarán conceptos de oclusión dentaria, a tener en cuenta. **Materiales y Métodos:** El Hospital Interzonal General «Dr. José Penna» se ha transformado en un nudo de comunicaciones a nivel provincial e interprovincial. Así mismo, la propia ciudad ha aumentado su peligrosidad en el tráfico, haciendo que deba tomarse recaudos en el capítulo Accidentología. Utilizando casos clínicos propios, de pacientes diagnosticados, operados y seguidos en su evolución, se expone el manejo intrahospitalario del paciente y las primeras maniobras tendientes a su estabilización. Se darán indicaciones,

teniendo en cuenta tipo de fracturas faciales, nociones de oclusión, normo y mal oclusión, funciones y disfunciones bucales, diagnóstico por imágenes, indicaciones preliminares, momento oportuno de la interconsulta. **Conclusiones:** La Traumatología Buco Máxilo Facial, como especialidad, es un capítulo primordial dentro de la Odontología. De fundamental importancia en un hospital de derivación y de Alta Complejidad, esta comunicación busca interesar al profesional de Emergencias, en la recepción de estos pacientes.

#### **ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CAROTIDEA (ATPC) CON PROTECCIÓN CEREBRAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Cristino A, Borelli R, Rigoni O, Antonietti M, Fioramonti N.

Hospital Interzonal «Dr, Jose Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El uso de protección cerebral durante la realización de una angioplastia carotídea, reduce la tasa de eventos isquémicos mayores y menores, la mortalidad, y aumenta el porcentaje de éxito del procedimiento. **Caso Clínico:** Este caso trata del paciente EF, masculino de 56 años, con múltiples factores de riesgo cardiovasculares (HTA severa, dislipémia) y antecedentes de un ACV isquémico secuelar (2006) con hemiparesia profunda braquial y hemiparesia leve crural derechas, y disartria que evolucionó favorablemente quedando con leve trastorno del lenguaje. El posterior seguimiento con ecodoppler evidenció una obstrucción significativa de arteria carotida interna izquierda, lesión del 70% confirmada por arteriografía. La arteria cerebral anterior izquierda tenía origen en el sistema carotídeo derecho. Se realizó la ATPC de la arteria carotida interna izquierda con un stent de nitinol 7x4 cm autoexpandible, y un dispositivo de protección embólica SpiderFX 6 mm, previo tratamiento con antiagregación plaquetaria (AAS, clopidogrel). **Conclusiones:** La utilización del sistema con filtro de protección permitió la captura de material embólico. El resultado angiográfico y clínico fue exitoso, con evolución intrahospitalaria y a corto plazo (2 meses), libre de eventos.

#### **USO DE rFACTOR VIIa COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA EN SANGRADO MASIVO PERIOPERATORIO.**

Romero A, Boschero P, Barca D, Mele J, Frizza J, Ontivero M, Pérez Betti S, Toledo F, Fainstein D.

Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El sangrado masivo en el peri-operatorio, incrementa la morbimortalidad en pacientes críticamente enfermos. En un principio el factor rVIIa fue desarrollado y su uso aprobado por la FDA para el tratamiento de la hemofilia congénita o adquirida y la presencia de anticuerpos contra los factores VIII y IX. La actual evidencia sugiere que también podría ser utilizado en pacientes sin alteraciones en la coagulación pre-existentes que presenten hemorragias incontrolables. **Objetivos:** Presentar un caso clínico de una paciente con sangrado grave y shock hipovolémico en el postoperatorio inmediato de resección de tumor estromal ovárico, que responde favorablemente a la administración de rFactor VIIa. **Materiales y Métodos:** Paciente femenina de 48 años de edad que ingresa en postoperatorio inmediato de resección de tumor estromal ovárico, muy vascularizado, que presenta importante sangrado intra y postquirúrgico requiriendo expansión con cristaloides, transfusión con 7 UGRS y 6 de PFC, además de soporte vasopresor. Desarrolla en el postoperatorio inmediato hemoperitoneo por lo cual reingresa a quirófano horas después para la colocación de packing p. Regresa de quirófano en ARM, con inestabilidad hemodinámica, dosis crecientes de inotrópicos y sangrado evidenciable en apósitos. Se administran 2 ampollas de rFactor VIIa (novoseven 240) en forma lenta, sin complicaciones. Horas más tarde se estabiliza, con posibilidad de disminuir los inotrópicos, observándose menor sangrado por la herida. Días después se logra weaning con dificultad; se retira packing pélvico, evoluciona con estabilidad hemodinámica, con buena función renal y pasa a sala general. **Resultados:** La emergencia del cuadro que no revertía pese a las medidas terapéuticas adoptadas hizo necesaria la administración de rFactor VIIa, lográndose un control de la hemorragia, cesando el sangrado y objetivándose una mejoría progresiva de la paciente. **Conclusión:** La administración de rFactor VIIa en pacientes con sistema de coagulación normal podrían reducir la pérdida de sangre y la necesidad de transfusión con concentrado de glóbulos rojos en cirugías asociadas a sangrado masivo. Por lo tanto, debería considerarse el uso de dicho factor en situaciones que no responden a los tratamientos habituales, evaluando cada caso en particular.



## Clínica Médica

### SARCOMA DE KAPOSI GASTROINTESTINAL EN PACIENTE HIV

Giordano F, Plunkett R, Wisniowski C, Cocciaretti E, Kriplianski E, Severini M, Vercesi N.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El Sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor vascular de bajo grado asociado con el herpes virus humano 8 (HHV-8). Hay cuatro formas epidemiológicas del SK, que incluyen: *Clásica*: enfermedad cutánea proliferativa; *Endémico o africano*: no está típicamente asociado con inmunodeficiencias; *Asociado a trasplante de órganos*: se produce después del trasplante de órganos sólidos. Además el trasplante en sí puede transmitir el HHV-8; *Asociado a SIDA o SK endémico*: tumor más frecuente en personas infectadas por el VIH, y se considera una enfermedad marcadora de SIDA- enfermedad.

**Caso clínico:** Paciente de 48 años con antecedentes de LNH de bajo grado, diagnosticado hace 2 años, sin tratamiento, que se interna por un cuadro de repercusión general con pérdida de peso de 14kg en 4 meses, vómitos y dolor abdominal cólico que aumenta con la ingesta. Al examen físico palidez cutaneomucosa, adelgazamiento, hipotrofia muscular generalizada, lesiones blanquecinas en paladar duro, placas violáceas de 1cm de diámetro en región posterior de brazo derecho, dorso y piel de esternón. Se recibe serología positiva para HIV. Por encontrarse en estadio C se inicia tratamiento con zidovudina + lamivudina, efavirenz, TMP/SMX y fluconazol. La biopsia de piel reveló lesiones compatibles con Sarcoma de Kaposi. FEDA: candidiasis esofágica, se observa lesión violácea en mucosa gástrica, se toma muestra de biopsia de la misma. De acuerdo al informe de anatomía patológica, dicha lesión gástrica se corresponde con un Sarcoma de Kaposi con afectación gástrica. La paciente queda en contacto con servicio de infectología para seguimiento y tratamiento.

**Comentario:** El tracto gastrointestinal está afectado en aproximadamente el 40% de los pacientes con Sarcoma de Kaposi en el momento del diagnóstico y en hasta un 80% en la autopsia; la afectación puede ocurrir en ausencia de enfermedad cutánea. Las lesiones del Sarcoma de Kaposi son fácilmente reconocidas por el endoscopista. Suelen ser nódulos hemorrágicos, ya sea aislados o confluentes y puede verse en cualquier porción del tracto gastrointestinal. Las biopsias pueden no hallar el Sarcoma de Kaposi porque las lesiones tienden a ser submucosas. El tratamiento está generalmente dictado por la presencia de síntomas.

### HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL EN PACIENTE HIV. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Wisniowski C, Cocciaretti E, Plunkett R, Vercesi N, Kriplianski E, Giordano F, Severini M

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La histoplasmosis es una micosis sistémica, endémica de zonas templadas o tropicales, debida al hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*. Representa la segunda micosis sistémica potencialmente mortal que compromete a pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). *H. capsulatum* ha sido identificado en más de 50 países en todo el mundo, pero su predominio en América y África es manifiesto. Los defectos en la inmunidad mediada por células favorecen la aparición de las formas diseminadas de la enfermedad, las que son particularmente graves en pacientes con sida. En aquellas regiones en las cuales la histoplasmosis es endémica, su incidencia en pacientes con sida puede ser superior a la de la candidiasis orofaríngeoesofágica y la criptococosis diseminada. Las formas diseminadas agudas de la enfermedad resultan de la reactivación de la infección latente y son mucho más graves en sujetos con sida que en personas con otras inmunodeficiencias. **Caso Clínico:** Paciente de 42 años, con antecedente de retrovirus de 7 años de evolución, que ingresa por distensión abdominal, dolor abdominal cólico, vómitos, deposiciones escasas con moco y sangre, de 40 días de evolución. Al examen físico presentaba signos de desnutrición, distensión y dolor abdominal a la palpación profunda, se localizaba en hemiabdomen derecho e irradiaba a todo el abdomen, percusión mate en FID, el resto del abdomen timpánico, RHA +. Tacto rectal: esfínter tónico, ampolla libre de materia fecal. Se palpa solución de continuidad en pared anterior del recto. Dedo de guante con peroxidasa positiva. **Laboratorio:** Ht33% Hb10,8 VSG 31 Fal 429 GGT 135 . parasitológico de heces B. hominis. Rx. de abdomen: dilatación de asas intestinales, sobre todo en ángulo esplénico del colon, con niveles hidroaéreos. **Ecografía de abdomen:** dilatación de asas intestinales, con marcado edema de la pared intestinal y escaso líquido libre en cavidad abdominal. **Fibrocolonoscopia:** a 10-12 cm del recto, presenta úlcera indurada. Se toma biopsia. Informe anatomopatológico de la biopsia: se realizaron tinción de PAS y Giemsa, donde se observan microorganismos intracitoplasmáticos en los macrófagos de la submucosa. Diagnóstico: Histoplasmosis Gastrointestinal.

**Comentarios:** La afectación gastrointestinal es muy común en la histoplasmosis, se identificaron *H. capsulatum* en el 70-90 % de los pacientes con histoplasmosis diseminada que se sometieron a autopsia. Sin embargo, rara vez durante

la vida la afectación gastrointestinal por histoplasmosis es diagnosticada; se piensa que causa síntomas clínicos solo en 3-12% de los pacientes. Esta discrepancia plantea la sospecha de que la histoplasmosis gastrointestinal puede ser una entidad infradiagnosticada, ya que los síntomas pueden ser inespecíficos y la histoplasmosis no es considerada en los diagnósticos diferenciales.

### **SÍNDROME DE ROBO DE LA SUBCLAVIA**

Vercesi N, Wisniowski C, Plunkett R, Kriplianski E, Cocciaretti E, Giordano F, Severini M.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El Síndrome de robo de la subclavia ocurre por una estenosis proximal de la arteria subclavia, que produce un flujo retrógrado en la arteria vertebral ipsilateral, actuando así como flujo colateral. La isquemia afecta el sistema nervioso central y miembro superior homolaterales a la lesión. **Objetivos:** Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Material y métodos:** Paciente internada en el servicio de clínica médica. Se realizó búsqueda en Pubmed y Up To Date. **Caso clínico:** Paciente femenino de 43 años con antecedentes de hipertiroidismo, tabaquismo e hipertensión arterial que consulta por dolor en antebrazo y cambios de coloración e hipoestesia en mano izquierdos. Estudios realizados: VDRL negativa, colesterol total 1,73 g/l, HDL 0,29 g/l, LDL 1,22 g/l, triglicéridos 1,05 g/l, eritrosedimentación 7 mm/h, C3 86,6 mg%, C4 15,4 mg%, estudios de trombofilia normales. Eco Doppler arterial miembro superior y arteria vertebral izquierdos: flujo parvus monofásico de tipo obstructivo, disminución de la velocidad de pico sistólico y del índice de resistencia en arterias humeral, cubital y radial; arteria vertebral con flujo bifásico compatible con robo de la subclavia tipo 2. Arteriografía de vasos de cuello y aorta torácica: flujo retrógrado a través de anastomosis de tronco basilar en arteria vertebral izquierda; lesión ostial excéntrica en arteria subclavia izquierda con obstrucción del 80-90%. Angioresonancia: No se identifica flujo en arteria subclavia izquierda desde su origen en el arco aórtico, atribuible a síndrome de robo de la subclavia. **Comentario:** El Síndrome de robo de la subclavia es considerado una patología infrecuente, la cual debe ser sospechada en base a la anamnesis y el examen físico, y debe confirmarse mediante ecografía Doppler. La causa principal es la aterosclerosis, siendo el control de los factores de riesgo cardiovascular la forma de prevención, y los métodos invasivos como angioplastia y cirugía de Bypass el tratamiento.

## Diagnóstico por Imágenes

### UNA FORMA POCO FRECUENTE DE PATOLOGIA URACAL

Picorel J, Gómez Giménez E, Enríquez A, Echegaray A, Muller U.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Regional Español. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** el adenocarcinoma de uraco es una neoplasia maligna infrecuente, de difícil diagnóstico, el cual se realiza en estadios avanzados. Se asocia a mal pronóstico y su tratamiento de elección es la cirugía. **Objetivos:** analizar los métodos complementarios de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. **Presentación del Caso:** mujer de 20 años, primigesta, la cual presentó hematuria leve y disuria en el posparto mediato. La ecografía ginecológica por vía transvaginal observo una formación predominantemente quística, con tabiques y calcificaciones en su interior, no visualizándose el resto de los órganos ginecológicos. Seguidamente se realizó TAC de abdomen y pelvis con y sin contraste endovenoso observándose en pelvis menor una imagen ocupante de espacio de 101 mm. de diámetro transversal con calcificaciones amorfas internas, tabiques y densidad de líquido. Fue sometida a una citoscopia y laparotomía exploratoria con el diagnóstico de masa anexial. El diagnóstico se realizó mediante biopsia diferida, efectuándose cistectomía parcial y linfadenectomía bilateral, luego de lo cual se le realizó terapia neoadyuvante. Transcurridos varios meses se constata por métodos imagenológicos, la reaparición de una formación de similares características en pelvis menor de 130 mm. de diámetro máximo, con infiltración de la pared abdominal.

Se realiza una nueva intervención quirúrgica constatándose invasión locoregional con siembra peritoneal y extensión a la pared abdominal. El adenocarcinoma de uraco es un tumor extremadamente raro con una incidencia en 1:5.000.000 hab. representando el 0,001% de todos los cánceres de vejiga. Es más frecuente en varones (4:1). Las manifestaciones clínicas suelen ser derivadas de la invasión tumoral de estructuras vecinas, siendo la hematuria el síntoma más frecuente. La actitud inicial ante un tumor de uraco es idéntica a la que se utiliza para diagnosticar el resto de los tumores vesicales.

**Conclusión:** el diagnóstico imagenológico puede no ser preciso debiendo realizarse citoscopia y resección transuretral para determinar la situación del tumor en la vejiga y diagnóstico histológico. La cistectomía parcial y linfadenectomía constituyen la mejor.

### SÍNDROME DE PINCH-OFF

Picorel J, Gómez Giménez E, Enríquez A, Echegaray A, Muller U.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Regional Español. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El Síndrome de Pinch-Off es una complicación tardía, rara pero potencialmente mortal de los accesos venosos por vena subclavia, que se debe a una obstrucción y/o fractura del catéter relacionada con los cambios posturales, se lo confirma radiográficamente, ante esta complicación se debe realizar el reemplazo del catéter con una posición más lateral en la Vena Subclavia o en la Vena Yugular Interna. **Materiales y Métodos:** Se diagnostica el Síndrome de Pinch-Off en una paciente con cáncer de mama de 56 años en tratamiento con quimioterapia, la misma se presentaba asintomática, pero se lo detecta en una radiografía de control con contraste endovenoso, dicho estudio debería realizarse una vez por mes. El catéter había migrado a Ventrículo derecho y a la Vena Pulmonar Derecha. Luego fue recuperado ingresando el cirujano vascular por vía femoral percutánea. **Conclusiones:** La incidencia de este síndrome es del 0,1% al 0,4% y se recuperan el 95% de los catéteres migrados.

### COMPLICACIONES DE CIRUGIA BARIATRICA

Picorel J, Gómez Giménez E, Enríquez A, Echegaray A, Muller U.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Regional Español. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La obesidad mórbida se define a aquellas personas con un índice de masa corporal superior a 40kg/m<sup>2</sup> y que son refractarias a las dietas y tratamientos correctivos habituales. La banda gástrica ajustable es un dispositivo que se pone por vía laparoscópica y que produce una restricción en la ingesta de alimentos al crear un bolsillo o «pouch» en la parte superior del estómago. Presentamos en este trabajo nuestra experiencia en el control radiológico de las 100 primeras bandas gástricas realizadas en nuestro hospital. **Materiales y Métodos:** Se realizaron de uno a seis controles por paciente. La técnica consistió en realizar una inspección con radioscopia sobre la posición de la banda, el tubo conector y el puerto. Luego se suministro un contraste baritado, con algún agregado que lo espese para simular una comida promedio. Fuimos variando desde bario puro, con pulpa de tomate, copos de puré de papas deshidratados y actualmente usamos metamucil. Los controles fueron hechos a demanda acorde a la disminución del peso del paciente, el control clínico y de la dietista, y la sensación

referida por el paciente. Luego se ajustó la banda si correspondía. **Resultados:** Los hallazgos encontrados fueron clasificados en mayores o menores, si requirieron corrección quirúrgica para solucionarlo. Los mayores fueron: mal posicionamiento de la banda 4, perforaciones 3, dilatación del pouch 3, rotación del puerto 7, erosiones de la banda 5, desconexión del catéter 1, pérdidas del sistema de la banda 4, Infecciones 5 y las menores fueron: variación del tamaño del estoma 12, dismotilidad esofágica 16. **Conclusión:** La cirugía bariátrica de banda gástrica es un método que tiene buenos resultados, con escasa mortalidad aunque tiene morbilidad dada por las complicaciones del método.

# Endocrinología

## EVOLUCION DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE GRAVES

De Pedro S, Benozzi S\*, Bonacorsi SM, Flores C, Flores O, Jouffre G, Marzialetti M, Sola MO, Becerra H.

Hospital Interzonal «Dr. José Penna». \* Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La enfermedad de Graves-Basedow (EGB) afecta aproximadamente el 0,5% de la población. Las opciones terapéuticas para esta patología incluyen drogas antitiroideas, radioyodo y cirugía. La elección del tratamiento antitiroideo permanece controversial. **Objetivo:** Comparar los resultados del tratamiento de la EGB con diferentes dosis de I<sup>131</sup> en el Servicio de Endocrinología del H.I.G. Dr. José Penna entre los períodos 01/1990-01/1995 y 06/2001-06/2006. **Materiales y Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de 210 pacientes con EGB tratados en el servicio entre enero 1990 -1995 (GRUPO I) y de 193 pacientes tratados en el periodo junio del 2001-2006 (GRUPO II). El GRUPO I se caracterizó por una relación mujer/varón de 4,8:1 y una edad promedio 32 años. En el GRUPO II la relación mujer/varón fue de 2,9:1 y la edad promedio de 40 años. Se utilizaron las siguientes variables: a) tratamientos instaurados: metilmercaptoimidazol (MMI), I<sup>131</sup> y cirugía; b) estado en la última consulta: hipotiroidismo (H-), eutiroidismo (E) e hipertiroidismo (H+). **Resultados:** GRUPO I: De 197 pacientes, 133 se trataron inicialmente con MMI, 52 recibieron como primera opción terapéutica I<sup>131</sup> y 12 fueron a cirugía. La dosis promedio fue de 6,2 mCi. De los 133 pacientes tratados con MMI, 31,4% evolucionaron al H-, 12% a E y 75 quedaron H+ de los cuales 67 recibieron I<sup>131</sup> y 8 cirugía. Desarrollaron H- el 75% de los pacientes tratados con CIRUGIA y 58,6% de los tratados con I<sup>131</sup>. Un número de 14 pacientes precisaron dosis adicionales. El 63% del total de pacientes evolucionaron a hipotiroidismo y a eutiroidismo, contando los 3 tratamientos. GRUPO II: De 193 pacientes, 160 se trataron inicialmente con MMI y 33 con I<sup>131</sup>, la dosis promedio fue de 10,85 mCi. De los pacientes tratados con MMI, 20,6% evolucionaron al H-, 15,6% progresaron a E, 102 quedaron H+ de los cuales 63 recibieron I<sup>131</sup> y 4 cirugía. Del total de pacientes que recibieron I<sup>131</sup> (96), 70,5% pacientes desarrollaron H-, 10,5% pacientes fueron al E, 17 pacientes continuaron H+ y 2 no concurren a controles post dosis. Los 4 pacientes tratados con cirugía desarrollaron H- 6 pacientes precisaron dosis adicionales de I<sup>131</sup>. El total de los pacientes que evolucionaron a H- y E contando los 3 tratamientos fue de 72%. **Conclusiones:** En el GRUPO II un porcentaje menor de pacientes persistieron hipertiroideos (18% vs 37%). En el GRUPO II la dosis promedio de I<sup>131</sup> fue superior (10,85 vs 6,2 mCi). El porcentaje de pacientes tratados con cirugía en

el GRUPO I fue 10,15% y en el GRUPO II fue 2,07%. Concluimos que dosis más altas de I<sup>131</sup> disminuyeron las recidivas y sus complicaciones, evitándose nuevas dosis.

## EFFECTOS ADVERSOS MAYORES DEL METIMAZOL

De Pedro S, Bonacorsi SM, Flores C, Flores O, Jouffre G, Marzialetti M, Sola MO, Becerra H.

Servicio Endocrinología y Medicina Nuclear. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Las drogas antitiroideas suelen usarse de primera elección en el manejo de la Enfermedad de Graves-Basedow (EGB). La agranulocitosis y la colestasis son los principales efectos adversos del metimazol (MMI) descritos en menos del 1% de los pacientes. **Objetivo:** Destacar los efectos adversos del MMI que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes. **Caso Clínico 1:** Paciente de 30 años con antecedentes de EGB que reinicia tratamiento con MMI 3 meses previos al ingreso. Consulta al mes por presentar malestar general y prurito, se suspenden diclofenac y anticonceptivos orales. Consulta por progresión de síntomas. Ingresó con: FC: 118 L/min. TA: 130/95mmHg, temblor fino, ictericia generalizada, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, edema pretibial y debilidad muscular generalizada. Laboratorio previo: TSH <0,01uUI/ml, T4I 4,19 uUI/ml, T3 total 579. Al ingreso se realiza: Laboratorio: Bilirrubina (B) total 14,5 mg/dl; BD 7,9 mg/dl, BI 6,6 mg/dl TGP 115 U/l, TGO 108 U/l, Fal 440 U/l, GGT 48 U/l, TP 21" concentración 33%, KPTT 44". Ecografía abdominal: Hepatomegalia. Serología para HIV, hepatitis A, B, C, hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante primaria: (-) Tratamiento: suspender danantizol. Se administra DT I131 20 mCi. Evolución: TSH 38. Enzimas hepáticas normales. Se inicia tratamiento con LT. **Caso Clínico 2:** Paciente de 24 años que inicia tratamiento para EGB 2 meses previos a la consulta con MMI 60 mg/día. Se medica con amoxicilina por odinofagia y fiebre de 4 días de evolución. Consulta nuevamente, se solicita laboratorio: GB 1000, 3/0/0/81/1 Se interna. Examen Físico: TA: 140/60mmHg, FC 130L/min., IMC: 18,8 Exoftalmos GIII. Temblor fino postural. Tiroides irregular, aumentada de tamaño c/ soplo. Laboratorio: TSH 0,19 uUI/ml T4I 5,3 ng/dl TPO + 3000 GB 1000ml/mm3 (3/0/0/81/17) HIV (-) Pancultivos (-). Ecografía tiroidea: difusamente heterogénea. Se suspende MMI. Esquema antibiótico para neutropenia febril. PMO: serie blanca frenada, compatible con toxicidad asociada a drogas. Día 25 se administra UFC. Laboratorio al egreso: GB 5900 ml/mm3 (40/0/0/45/15) A los 14 días del alta: GB 3700. Se administra DT I 131 20 mCi. **Comentarios:** Los efectos adversos mayores del MMI son infrecuentes.

Reconocer su aparición puede prevenir alteraciones que ponen en peligro la vida del paciente.

### **GINECOMASTIA PREPUBERAL**

Becerra H, De Pedro S, Jouffre G, Flores C, Flores O, Sola MO, Bonacorsi E, Marzialetti M.

Servicio Endocrinología y Medicina Nuclear. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Se define como Ginecomastia al Crecimiento concéntrico de la mama en el varón. Es de aparición normal en el periodo neonatal, puberal y senil. E2, PRL, IGF1, GH, TSH, T4L, Cortisol, generan aumento glandular y lo inhiben los andrógenos. Otras causas son idiopática, fármacos, cirrosis, desnutrición e hipogonadismo (como en el síndrome de Klinefelter), por tumores testiculares, hipertiroidismo, y enfermedad renal. Si la ginecomastia tiene más de 6 cm, más de 4 años y fibrosis la alternativa es la cirugía. **Objetivo:** Presentar un caso de síndrome de Klinefelter que se diagnosticó por una ginecomastia prepuberal y el plan de estudios seguido en este paciente. **Metodología:** paciente de 12 años que presenta tamaño mamario aumentado, peso en la primera consulta 105,5 kg +7DS arriba de Pc50, sin botón mamario, con acantosis nigricans, talla 174 cm. +3 ½ DS arriba de Pc50, PRL, FSH y LH prepuberales, cortisol y CLU y TSH normales. Testículo der. 2 ml, izq. 3 ml, vello grado 2 de Tanner, se interpreta como lipomastia y se focaliza el tratamiento en la obesidad. Se repiten To, E2, FSH, LH y SDHEA buscando pico hormonal puberal, en valores prepuberales, con un peso de 108,7 kg y VP de 23,8 Kg/año se IC al servicio de nutrición. Con un HOMA > de 4 con un IRI de 24,5 comienza con metformina. A los 5 meses de la primera consulta se palpa botón mamario confirmado por ecografía. Dada su aparición prepuberal, se inicia la búsqueda de patología tumoral, con subB HCG, androstenediona, To, E2, 17 HO Prog normales. Se realiza una ecografía testicular con 3 microlitiasis (DLN). A pesar del sobrepeso, su talla dentro del carril genético y su LH y FSH prepuberales se sospecha síndrome de Klinefelter, cuyo diagnóstico se dificulta al no contar con genetista en el ámbito público. 7 meses después de iniciado el seguimiento se realiza cariotipo que demuestra un mosaico de Klinefelter. Inicia Testosterona a 50 mg/mes, y se realiza IC al servicio de cirugía para la reducción del tamaño mamario. **Conclusiones:** El examen genital de un adolescente a veces no se hace por vergüenza del paciente y del médico, dificultad técnica para palpar los testículos debajo del tejido adiposo y falta de rutina dentro del control de niño sano del examen palpatorio de los testículos en la adolescencia. El síndrome de Klinefelter es una patología subdiagnosticada en la infancia, dado que presenta una incidencia de 1 cada 500 varones pero su diagnóstico es de 1 cada 2000. Con esta exposición buscamos jerarquizar a la palpación testicular

rutinaria en el control de niño sano, para poder instaurar un tratamiento oportuno de este síndrome.

### **PREVALENCIA DE DIABETES EN PACIENTES INTERNADOS**

Becerra H, De Pedro S, Jouffre G, Flores C, Flores O, Sola MO, Bonacorsi E, Marzialetti M, Galván E\*.

Departamento de Enfermería\*. Servicio Endocrinología. Hospital Interzonal. «Dr. José Penna Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La diabetes es una enfermedad crónica cuya prevalencia va en aumento así como la sobrevivencia de estos pacientes. Se observan cada vez más complicaciones crónicas que producen interferencia en las internaciones hospitalarias. **Objetivos:** analizar la prevalencia de diabetes en los pacientes internados en nuestro Hospital, caracterizarlos, evaluar la medicación que reciben al ingreso y relevar datos sencillos sobre su conocimiento relacionado con la patología de base. **Metodología:** Personal de enfermería relevó datos (edad, sexo, peso, talla, BMI, tensión arterial, glucemia, medicación, motivo de internación) de pacientes al momento de ser ingresados. Se formularon preguntas sobre conocimiento y manejo de esta patología. Esto se realizó como parte de un Curso de Capacitación en Diabetes para Enfermería 2007. Las salas evaluadas fueron: Psiquiatría, Obstetricia, Neumotisiología, Terapia Intensiva, Cuidados Intermedios, Autocuidados Mínimos, Emergencias y Terapia Intermedia. **Resultados:** Se relevaron los datos de 21 pacientes diabéticos (en una semana) que ingresaron a internación. Rango de edades 15 a 92 años. Relación varón:mujer 1,6:1. BMI promedio 31,5. TA promedio 130/95. Medicación recibida al ingreso: antidiabéticos orales, insulina, antihipertensivos, aspirina, hipolipemiantes, analgésicos, hemorreológicos y anticoagulantes. Motivos de Internación: Insuficiencia Cardíaca, Arritmia, IAM, ACV, Cirugías programadas (colecistitis, by pass periférico, hernia inguinal y de urgencia (colecistitis, peritonitis), Infecciones (neumonía, infección urinaria, infección catéter de diálisis, pie diabético) y Oncológicos. A dos sencillas preguntas ¿Sabe qué es la Diabetes? se respondió afirmativamente en un 32 % y ¿Sabe cuidarse para vivir mejor con diabetes? 65% respondió negativamente. (refiriendo desconocer pautas alimentarias, valor del monitoreo glucémico, el valor de la Hemoglobina glicosilada, el porqué es importante la toma de medicación antidiabética). **Conclusiones:** a.-) La prevalencia de diabetes en pacientes internados es del 18, 3%; b.-) El paciente diabético es polimedicado, recibe promedio al ingreso a internación 6 drogas. c.-) 60% de los pacientes diabéticos internados son hipertensos y 72 % tienen su BMI superior a 30 .d.-) El 80% de los pacientes diabéticos internados desconoce información elemental sobre su enfermedad de base.

## SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES TRATADOS CON YODO<sup>131</sup>.

Becerra H, Bonacorsi SM, De Pedro S, Flores C, Flores O, Jouffre G, Marzialetti M, Sola MO.

Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El cáncer diferenciado de tiroides es una neoplasia considerada de buen pronóstico, y es la más frecuentemente hallada en las glándulas endócrinas. Se caracteriza en general por su lenta evolución y el control de la enfermedad depende del adecuado abordaje inicial.

**Objetivos:** Nuestro grupo captó la dificultad en la derivación adecuada al especialista. Se evaluó la experiencia acumulada durante el seguimiento de los pacientes con carcinoma tiroideo tratados en el servicio de Endocrinología de nuestro hospital. **Materiales y Métodos:** caracterizamos a una población de 102 pacientes con CDT en forma retrospectiva. Se recabaron datos filiatorios, edad al diagnóstico, PAAF, informe anatomopatológico, tipo de cirugía que se practicó, dosis de yodo, rastreo corporal total, dosaje de marcadores serológicos y complicaciones que presentaron los pacientes. **Resultados:** La forma más usual de presentación clínica de los carcinomas diferenciados fue la de un nódulo tiroideo asintomático, usualmente eutiroideo. Se estadificó al tumor según TNM. Presentaron una proporción 3 a 1 entre mujeres y hombres. La edad media de los carcinomas papilares fue de 52 años. 80 % fueron mujeres y 20 % fueron varones. Se realizó PAAF previa del nódulo en el 50 % de los pacientes. De estos dio positivo para células neoplásicas el 60%, el 30% negativo y 10 % dudosos. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía, un 10% debieron ser reintervenidos. El diagnóstico anatomopatológico informó que el 70 % fueron carcinomas papilares y 30% fueron foliculares. Todos los pacientes recibieron luego de la cirugía una dosis de yodo radioactivo. Se utilizaron los dosajes de tiroglobulina y los rastreos corporales totales para evaluar la necesidad de nuevas dosis. Fue necesario en 34 pacientes una segunda dosis, en 18 pacientes una tercera dosis, en 12 pacientes una cuarta dosis, en 8 pacientes una quinta dosis y en 3 pacientes una sexta dosis. Estos 3 últimos pacientes son menores de 45 años al momento del diagnóstico y de sexo femenino.

**Conclusiones:** a.-) Observamos una mortalidad inferior al 3% en nuestra población a la fecha. b.-) El 85 % se clasificó como de bajo riesgo (estadios I y II). c.-) De los de bajo riesgo el 20 % presentan signos de recaída, evidenciando la agresividad de estos carcinomas y la necesidad de ser lo más agresivo con respecto a la cirugía y los controles periódicos.

## CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS POR CONSULTORIO EXTERNO. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE INTERNACIONES.

Becerra H, De Pedro S, Jouffre G, Flores C, Flores O, Sola MO, Bonacorsi E, Marzialetti M, Galván E\*.

Departamento de Enfermería\*. Servicio Endocrinología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La incidencia de diabetes está aumentando. Las complicaciones son causa de internación. El Servicio de Endocrinología detectó la necesidad de generar un área para educación-prevención de complicaciones y por consiguiente de internaciones en estos pacientes. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes que concurren al área de Diabetes en forma ambulatoria, presencia de complicaciones y la medicación que reciben para ello. **Metodología:** Historia clínica al momento de la consulta por ambulatorio, determinando tiempo de evolución de la enfermedad de base, edad, sexo, peso, talla, BMI, tensión arterial, glucemia, hemoglobina glicosilada, medicación. Presencia de complicaciones. Si el paciente fue derivado o llegó espontáneamente. **Resultados:** Se relevaron los datos de 96 pacientes diabéticos en el tiempo comprendido entre los meses de diciembre de 2007 a julio 2008. DBT 1= 14, DBT 2= 72 y DBT gestacional= 10. Rango de edades 4 a 93 años. Relación varón:mujer 1,4:1. BMI promedio 28. TA promedio 130/95. El tratamiento fue: 4% dieta solamente, 45% hipoglucemiantes orales, 31% HO combinados con insulina, y 20% insulina. Otra medicación recibida al ingreso: antihipertensivos, aspirina, hipolipemiantes, analgésicos, hemorreológicos y anticoagulantes. El promedio de Hemoglobina glicosilada Hb A1c fue de 9,2 +- 1,3. Presencia de retinopatía 11%, polineuropatía 35%, nefropatía 8%, pie diabético 9%. Combinación de complicaciones 60%. La derivación de estos pacientes fue realizada en un 80 % el resto llegó espontáneamente a la consulta. De aquellos derivados lo fueron: por médicos de salas periféricas 45%, de la zona 35% y de nuestro hospital 20%. **Conclusiones:** a.-) el promedio de Hemoglobina glicosilada (9,2%) está por encima del valor recomendado. b.-) La presencia de complicaciones en la evaluación fue de 60%. c.-) Cumplían con la indicación de hipolipemiantes sólo el 32%. El 90 % tiene indicación de tratamiento antihipertensivo, lo cumplían el 54%. Teniendo datos concretos sobre la situación de estos pacientes se puede elaborar un programa de prevención de complicaciones y por consiguiente de disminución de internaciones.

## Hematología

### LINFOMA DE BURKITT ASOCIADO A INMUNODEFICIENCIA. PRESENTACION DE UN CASO.

Di Paolo HD, Agriello E, Plunkett R, Kriplianski E, Vercesi N, Giordano F, Severini M, Cocciaretti E, Strazzere A, Wisniowski C.

Servicio de Clínica Médica. Servicio de Hematología y Citometría de Flujo. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción.** El Linfoma de Burkitt es una variante de Linfoma No Hodgkin altamente agresivo que se presenta frecuentemente en ubicaciones extraganglionares o como leucemia aguda. Se describen tres variantes clínicas de esta entidad: Endémica, Esporádica, y Asociada a Inmunodeficiencia (HIV). A diferencia de otros linfomas asociados al virus, se detecta en pacientes con un recuento de CD4 mayor a 200 cel/UL. La característica distintiva del Linfoma de Burkitt es la sobreexpresión del gen *c\_Myc*, generalmente como resultado de la translocación cromosómica 8;14. **Caso clínico:** paciente varón, de 32 años, toxicómano, que presenta malestar general, cefalea, equivalentes febriles, dolor torácico, disnea, y púrpura comprometiendo miembros inferiores, de 15 días de evolución. En el examen físico se detectan petequias en fauces y adenomegalias axilares e inguinales. Lab de ingreso: hto 24, hb 8.7, gb 13000, plaquetas 9000, tp10.8, kptt 32, urea 0.64, creat 10.4, ldh 2540, tgo 123, tgp 149, fal 101, serología Hiv: +, ecografía abdominal: hepatomegalia homogénea con aumento difuso de ecogenicidad, esplenomegalia, y engrosamiento de la pared gástrica. Durante la internación de 7 días es evaluado junto a los Servicios de Salud Mental, Infectología, Hematología: exhibe conductas desadaptativas, comienza tratamiento antirretroviral, se transfunden GR y plaquetas, se realiza punción de médula ósea. Las lesiones purpúricas progresan a tronco. En las últimas 48 hs. se agrava la taquipnea, excitado, se requiere contención mecánica. Fallece al 7mo día de internación. Laboratorio 7mo día de internación: HTo 21.7, hb 7.5, gb 54900 (fla:n 15%/linf 10%/blastos 75%), plaq 15000, tgo 86, tgp 89, fal 505. **Comentarios:** Se informa la punción de médula ósea como «infiltración blástica generalizada». El examen por Citometría de Flujo informa Linfoma no Hodgkin tipo B, subtipo Linfoma de Burkitt/leucemia de células Burkitt.

### ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y TROMBOFILIA

Martínez PA\*, Garbiero S\*, Brandt M\*, Echevarría G\*\*, Aggio M\*\*\*, Di Paolo HD\*, Fernández V\*, Caferri H\*, Roumeque L\*, Bartomioli M\*

\* Servicio de Hematología, \*\* Servicio de Neurología, Hospital Interzonal General «Dr. José Penna»; \*\*\* Hematología, Instituto Lavalle, Bahía Blanca, Argentina

**Introducción:** El ACV es una de las principales causas de incapacidad y muerte en países desarrollados. Si bien la relación entre los estados hipercoagulables y el ACV aún no está definida, la hipercoagulabilidad puede relacionarse con una pequeña proporción de los accidentes cerebrovasculares isquémicos. **Objetivo:** El objetivo es evaluar la prevalencia de factores de riesgo protrombóticos adquiridos y hereditarios en pacientes con ACV idiopático. **Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente 148 pacientes, 91 mujeres (F) y 57 varones (M) (edad media: 30 años, rango: 0-70 años), el estudio incluyó: sistema de la proteína C (PCSys), test genético para el Factor V Leiden (FVL), antitrombina (AT), proteína C (PC), proteína S (PS), resistencia a la proteína C activada (APCR), anticoagulante lúpico (LA), homocisteína plasmática (Hcy), anticuerpos anticariolipina (ACA), y anticuerpos antifosfatidilserina (APA). **Resultados:** Los niveles de AT fueron normales en todos los pacientes. Más de la mitad (86/148; 58.1%) tuvieron al menos un factor de riesgo protrombótico, mientras que en el 41.9% (M: 29.7%, F: 12.2%) no se observó ningún factor de riesgo. Niveles elevados de ACA fueron hallados en el 23.6% (M: 13.5%, F: 10.1%). Positivos para LA 20.3% (M: 7.4%, F: 12.9%), tHcy 9.5% (M: 3.4%, F: 6.1%), FVL 8.2% (M: 4.1%, F: 4.1%), PCSys 7.4% (M: 5.4%, F: 2.0%), PC 2.7% (M: 2.7%, F: 0%), PS 2.7% (M: 0.7%, F: 2.0%). Veintiún pacientes (14.2%) tuvieron dos o más factores de riesgo asociados. **Conclusiones:** Nuestros datos sugieren que el screening de trombofilia en pacientes con ACV isquémico idiopático debe ser considerado como herramienta diagnóstica. Observamos un predominio de ACL, LA y HHcis, sugiriendo que el estudio inicial debe dirigirse a dichos factores con el objeto de optimizar el proceso diagnóstico.



## Infectología

### RESISTENCIA A QUINOLONAS EN ENTEROBACTERIAS EN EL HOSPITAL INTERZONAL «Dr. JOSE PENNA».

Muñoz MG, Carra TX, Casatti MG, Giacomolli S, González ML, Junquera LY, Martínez CL, Pettinari P, Rizzo MS, Vaylet S, Viglianco PR.

Laboratorio Central. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El tratamiento normal con Ciprofloxacina (CIP), que logra niveles séricos de 4-5 ug/ml, cubre ampliamente a las poblaciones de cepas salvajes de enterobacterias cuyas Concentraciones Inhibitorias Mínimas (CIMs) están en 0,06 ug/ml o menores, no poseen mecanismos de resistencia a quinolonas y son sensibles (S) también al Ácido Nalidíxico (NAL) con CIMs de 8 ug/ml o menores; y cubre también a la mutante resistente (R) que aparece en esa población cada  $10^6$  a  $10^8$  células (mutante de 1er. nivel), ya que su CIM, si bien aumenta, nunca es mayor de 2 ug/ml. No obstante, si esta enterobacteria (cepa salvaje) se enfrenta a bajas concentraciones de CIP, esta mutante no será matada y puede reproducirse alcanzando alta concentración si las defensas del huésped no logran eliminarla. Una vez que esta mutante alcanzó un alto número en el mismo paciente, esta población está en condiciones de tener una mutante R cada  $10^6$  a  $10^8$  células (mutante de 2do. nivel) que no es cubierta por un tratamiento normal con CIP ya que su CIM es mayor a la concentración lograda en suero por la CIP, y, asimismo, puede reproducirse alcanzando altas concentraciones si las defensas del huésped no logran eliminarla. En esta situación la población bacteriana ha sido reemplazada por una mutante que es R a quinolonas. En base a esto categorizamos a las enterobacterias en tres grupos: A- S a quinolonas (Nal S Cip S). No posee mecanismos de resistencia; B-S disminuida a quinolonas (Nal R Cip S). S a quinolonas pero constituida por mutantes de 1er. nivel; C- R a quinolonas (Nal R Cip I o R). Constituida por mutantes de 2do. nivel o mayores. **Objetivos:** Realizar un relevamiento de resistencia a quinolonas en aislamientos clínicos de enterobacterias en nuestro hospital desde enero del 2007 a julio del 2008 para determinar la prevalencia de las categorías de sensibilidad a las quinolonas: A-Sensible; B-Sensibilidad disminuida; C-Resistente. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron en forma retrospectiva 720 cepas de enterobacterias aisladas como agentes etiológicos de diferentes procesos infecciosos presentes tanto en pacientes ambulatorios como internados. Se determinó la sensibilidad a Ácido Nalidíxico (quinolona de 1ra generación) y a Ciprofloxacina (Fluoroquinolona, quinolona de 3ra generación). Se usó el método de difusión por discos según normas de CLSI (Clinical Laboratories Standards Institute). **Resultados:** La prevalencia encontrada para el grupo A es

73.1% (526/720), la del grupo B 3.6% (26/720) y para grupo C 23.3% (168/720). **Conclusiones:** Los laboratorios de Microbiología deben alertar de esta sensibilidad disminuida al médico en el informe escrito. El 3,6% de enterobacterias de categoría B no es un valor elevado, pero el 23.3% es un alto valor para grupo C, lo que indicaría un abuso en el uso de las quinolonas para el tratamiento de las enterobacterias.

### TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN EMBARAZADAS TRATADAS CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA EN EL HOSPITAL INTERZONAL «DR. JOSÉ PENNA» DE BAHÍA BLANCA.

Junquera LY, Carra TX, Casatti MG, Fittipaldi TN, Fuentes C, Giacomolli S, González ML, Gutiérrez M, Martínez CL, Muñoz MG, Pettinari P, Viglianco PR.

Laboratorio Central. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continua extendiéndose en nuestro país, con un mayor incremento en los últimos años de la infección en mujeres, lo que ha determinado un aumento del número de niños expuestos al virus; la transmisión madre-hijo puede ocurrir durante el embarazo, parto y lactancia. La tasa de transmisión vertical del VIH, en caso de no realizar ninguna intervención de prevención, es de aproximadamente 35%. Diversos estudios publicados en la literatura médica han demostrado que es posible una disminución a niveles entre el 0 y el 2% con el uso de antirretrovirales combinados. A partir del año 2001 en la Argentina, la ley 25543 obliga al personal de salud a ofrecer el test diagnóstico para el VIH a toda embarazada, con la finalidad de asegurar un diagnóstico precoz, brindando así la posibilidad de realizar el tratamiento según el protocolo de alta eficacia, para evitar que el recién nacido se infecte. **Objetivos:** Comparar la transmisión vertical en mujeres embarazadas seropositivas antes y después de la aplicación de la ley 25543. Evaluar la efectividad del protocolo de alta eficacia. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva 86 registros de embarazadas seropositivas que concurren Hospital Interzonal «Dr. José Penna» desde septiembre de 1990 hasta junio de 2008. Se clasificaron en dos grupos; G1, número de embarazos previos al 2001 y, G2, posteriores a dicho año. Se realizó el seguimiento de los hijos desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad, con el fin de confirmar o descartar la infección por VIH, mediante la detección de ADN proviral (PCR)/ ARN viral (PCR) y antígeno p24. **Resultados:** De 86 embarazos de mujeres seropositivas, 27 corresponden al G1, donde existió transmisión vertical en el 41% (11/27); en el G2, se analizaron 59 registros, en 46 de ellos se evidenció un 11% (5/46) de

hijos VIH+ con diagnóstico confirmado. Continúan en seguimiento 13 casos, que a la fecha son negativos. En las 44 embarazadas que recibieron el tratamiento según el protocolo de alta eficacia no existió transmisión vertical.

**Conclusión:** A partir de la aplicación de la ley en el año 2001, se observó una importante disminución de la transmisión vertical, debido a la mayor pesquisa de mujeres embarazadas VIH positivas. La efectividad del protocolo de en nuestro registro fue del 100 %. Esto resalta la necesidad de ofrecer en forma universal la detección rutinaria de la infección por VIH durante el embarazo y perfeccionar una red nacional de manejo obstétrico-pediátrico que permita la detección y el tratamiento oportuno del binomio madre-hijo.

## Investigación Básica

### CONTROL DE CALIDAD DE MEZCLAS DE HIERBAS MEDICINALES COMERCIALIZADAS COMO ADELGAZANTES Y/O REDUCTORAS EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA. LEGISLACIÓN VIGENTE.

Turano F, Cambi V.

Laboratorio de Plantas Vasculares. Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La OMS reconoce que el 80% de la población mundial utiliza plantas medicinales como principal recurso para el cuidado de la salud. Sin embargo, las características del uso de hierbas en áreas urbanas están pobremente documentadas: específicamente para Bahía Blanca se conoce que los expendedores han notado un vuelco hacia su consumo en los últimos años. En general las personas creen que estos productos, al ser naturales, no constituyen un riesgo para su salud, utilizándolos en muchos casos inapropiadamente y sin tener en cuenta los posibles efectos adversos o interacciones con otros medicamentos. En la actualidad las hierbas medicinales son promocionadas para diversas patologías comercializándose como medicamentos fitoterápicos y/o suplementos dietéticos. Las mezclas reductoras se encuentran entre las más vendidas constituyendo un recurso frecuente para adelgazar. **Objetivos:** Identificar taxonómicamente los componentes vegetales de las mezclas verificando si se corresponden con los declarados en el rótulo de cada envase, evaluar la restante información consignada en dichos rótulos y analizar la legislación vigente. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo mediante análisis macroscópicos y micrográficos. Se usaron técnicas de diafanización, disociación y pruebas histoquímicas. **Resultados:** Se estudiaron siete muestras. De la evaluación taxonómica surgieron problemáticas variadas: sustitución de especies, presencia de especies no declaradas. Del análisis de los rótulos resultaron diversas irregularidades: errores en los nombres científicos de las monohierbas, falta del lugar de procedencia de las mismas así como de la parte del vegetal incluida en la mezcla. **Conclusión:** En Argentina la ANMAT da el marco legal para la comercialización de productos elaborados sobre la base de vegetales. A pesar de la legislación vigente, los resultados obtenidos denotan carencia en el control de calidad de estos productos. Se pone de manifiesto la necesidad no sólo de hacer cumplir la reglamentación existente, sino también de legislar al respecto, analizando la posibilidad de que las hierbas medicinales sean sólo comercializadas como medicamentos fitoterápicos para garantizar la calidad y salud de la población.

### DETERMINACION DE HEMOXIGENASA-1 EN NEOPLASIAS DE COLON.

Gandini NA\*, Fermento ME\*, Gigola G\*\*, Lang C\*, Ullua NP\*\*, Melatini G\*\*, Perez JE\*\*, Facchinetti MM\* , Curino AC\*.

\*Laboratorio de Biología Básica del Cáncer. INIBIBB-CONICET CCT-Bahía Blanca.

\*\*Laboratorio de Anatomohistología - Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El cáncer del colon es el cuarto tumor más frecuente en el mundo y la segunda causa de muerte en países occidentales. HO-1 es una enzima microsomal que cataliza el paso limitante del catabolismo del grupo hemo e interviene en la respuesta celular al estrés oxidativo. Estudios recientes demostraron su relación con procesos neoplásicos; sin embargo existe escasa información de su expresión en carcinomas de colon. **Objetivo:** Estudiar la expresión de HO-1 en neoplasias de colon humanas y en un modelo de carcinogénesis colonorrectal en rata. **Materiales y Métodos:** Se emplearon 9 tumores de colon humanos (estadios I a III) a los cuales se les realizó inmunohistoquímica (IHQ) para HO-1 y 30 ratas Wistar machos las cuales fueron inducidas con 1,2-dimetilhidrazina (20mg/Kg. de peso; 8 dosis). Los animales fueron sacrificados de manera escalonada, obteniéndose pólipos, adenocarcinomas y carcinomas, los cuales se utilizaron para estudiar la expresión de HO-1 por IHQ y por western blot (WB). **Resultados:** Todas las muestras humanas fueron positivas para HO-1. La zona adyacente con histología normal mostró marcación a nivel del epitelio apical y ausencia de expresión a nivel basal. Además, la comparación de la intensidad de marcación mostró diferencias entre el epitelio tumoral y la zona adyacente normal. En el modelo animal, la expresión de HO-1 fue positiva en 15/15 (100%) de las ratas, mostrando además concordancia con lo observado en humanos. Los ensayos de WB demostraron además que el aumento de HO-1 se correlaciona con el grado de diferenciación, siendo mayor su expresión en el carcinoma. **Conclusión:** La sobreexpresión de HO-1 en los tumores con respecto a los tejidos normales refuerza la hipótesis de su importancia en el cáncer. La similitud de los resultados obtenidos entre los carcinomas colonorrectales en humanos y en el modelo animal estudiado indica que el mismo será adecuado para futuros estudios.

### DIETAS EXPERIMENTALES PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA ACCIÓN DE LOS FLUORUROS EN LA SALUD HUMANA.

De Las Flores MC\*, Cardozo Castro MC\*, Ullua NP\*, Fermento ME\*\*, Melatini GA\*, Gandini NA\*\*, Rigalli A\*\*\*, Pérez JE\*.

\* Cátedra de Anatomohistología. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina. - \*\* INIBIBB. CONICET. CCT Bahía Blanca. \*\*\* Lab. de Biología Ósea. Universidad Nacional de Rosario. CONICET. Rosario. Argentina.

**Introducción:** Las mayores fuentes de ingesta de ion fluoruro (F) en humanos son el agua de bebida y los alimentos. La concentración de F permitida por el Código Alimentario Argentino es 0.5 - 1.5 ppm. Existe evidencia controversial sobre la acción de los F en la salud humana. La absorción y distribución de F en humanos y ratas se asemeja. Contar con una dieta exenta de F posibilita estudios con ratas para evaluar los efectos de dicho ion. **Objetivo:** Comparar consumo, crecimiento y ganancia de peso de ratas con dos dietas diferentes: sin F (control DC) y con F (experimental DE), nutricionalmente adecuadas. **Materiales y Métodos:** La DC, se elaboró con ingredientes cuyos niveles de F son indetectables. Fue preparada con agua destilada. Para la DE se utilizó agua de El Perdido y carne de pescadilla del estuario de Bahía Blanca. Se determinó: la composición de proteínas por el método Kjeldahl, la materia grasa por extracción con Soxhlet, el perfil lipídico por HPLC, la concentración de hidratos de carbono por cálculo/diferencia, el contenido de cenizas y humedad por gravimetría y la concentración de F, a partir de las cenizas, por métodos de ion selectivo (IS) y difracción de rayos X (DRX). Se suministraron agua y alimento *ad libitum* a 55 ratas Sprague Dawley machos de 21 días de edad, confeccionándose curvas de consumo y de crecimiento (talla y peso). **DC:** % cenizas: 1.16; ppm F cenizas: 1.89; ppm F muestra: 0.02. **Pescado:** % cenizas: 3.27; ppm F cenizas: 8.93; ppm F muestra: 0.29. Estos resultados fueron confirmados por análisis de DRX. **Resultados:** El análisis de las curvas de crecimiento de los animales alimentados con DE mostró un aumento similar al observado en aquellos que consumieron DC. **Conclusión:** No se encontraron diferencias en el consumo y crecimiento entre los animales alimentados con cada dieta.

### ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD PRO-PROLIFERATIVA DEL AGUA DE BEBIDA DE UNA LOCALIDAD DEL SUDOESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Ullua NP\*\*, Gandini NA\*, Fermento ME\*, De Las Flores MC\*\*, Cardozo Castro MC\*\*, Melatini GA\*\*, Fiore L\*\*, Facchinetti MM\*, Curino AC\*, Perez JE\*\*.

\* INIBIBB-CONICET. \*\*Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Los fluoruros (F) se encuentran ampliamente distribuidos en la naturaleza. La región sudoeste de la provincia de Buenos Aires presenta concentraciones de F en el agua de bebida que superan los límites establecidos por el Código Alimentario Argentino. Existe evidencia controversial sobre la acción de los F como mutágenos e inductores de transformaciones neoplásicas. Aproximadamente el 50% de los F absorbidos por día está asociado a tejidos calcificados. Estudios en roedores han renovado las dudas acerca de la asociación entre el F y el cáncer óseo.

**Objetivos:** Estudiar el efecto pro-proliferativo de una solución fluorada (10 ppm F), de concentración similar a la encontrada en el agua de bebida de una localidad del sudoeste de la provincia de Buenos Aires. **Materiales y Métodos:** Se analizó la concentración de este ión en muestras de aguas de una localidad del sudoeste de la provincia de Buenos Aires por electrodo de ión selectivo (IS). Como modelo experimental se empleó una línea celular estable de miocitos de ratón (C2C12) a las que se expuso a concentraciones de 10 ppm (partes por millón) de F a tiempos de 12, 24 y 48hs. Se estudió la expresión de p27 (1/500) y Ciclina D (cD) (1/1000) por Western blot (WB) e inmunofluorescencia (IF). Todas las determinaciones se realizaron por duplicado. **Resultados:** Las determinaciones de F por IS en agua mostraron valores entre 0,4 a 10 ppm. Los ensayos de WB de los lisados celulares de C2C12 para p27 demostraron ausencia de la expresión de la proteína, sin embargo cuando se realizó la determinación de cD, se observó un aumento significativo de su expresión a las 12 horas del tratamiento con F, sosteniéndose éste hasta las 24 horas. Luego de 48 horas de exposición con 10 ppm de F se halló una disminución de la expresión de cD a valores por debajo del basal (estos datos fueron confirmados por IF). **Conclusión:** La sobreexpresión de cD y la no expresión de p27 refuerzan la hipótesis de que los fluoruros tienen un potencial rol en procesos de proliferación celular.

**CÁNCER DE MAMA INDUCIDO EN RATAS SPRAGUE DAWLEY (SD) CON 7,12-DIMETILBENZO (á) ANTRACENO (DMBA).**

Postemsky P, Cardozo C, De las Flores MC, Fermento ME, Melatini GA, Ullua NP, Delmastro S, Curvetto N, Pérez Verdera P, Pérez J.

CERZOS-CTTBB-CONICET. Cátedra de Anatomohistología. Biología, Bioquímica y Farmacia. UNS. Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** La glándula mamaria es fuente frecuente de neoplasias. En el mundo occidental representa la principal causa de cáncer en mujeres. El modelo de inducción de cáncer de mama con DMBA en la cepa de ratas SD ha demostrado ser uno de los más representativos dado que, al igual que en el hombre, el desarrollo de los tumores es dependiente del balance hormonal (Russo y Russo, 1996). Esta droga cuando es administrada oralmente se activa por acción de la enzima citocromo p450 y de la epóxido hidrolasa microsomal hepática formando epóxidos capaces de provocar aductos en el ADN (Sugiyama et al., 2002). **Objetivos:** Determinar la capacidad del DMBA de inducir tumores en la glándula mamaria de ratas SD y analizar histológicamente el tipo de de los mismos. **Métodos:** 30 ratas SD, hembras vírgenes, SPF (libres de patógenos específicos) fueron inoculadas con 80mg/kg de DMBA a los 55 días de vida por instilación gástrica. El DMBA se diluyó en aceite de girasol 16mg/mL en baño térmico a 90°C y con ayuda de un sonicador. Durante la experiencia fueron alimentadas con una dieta sin isoflavonoides y flavonas, en base a la distribución de nutrientes recomendada para la dieta AIN-93 (Reeves, 1997). Un lote de 5 animales sin inducir se utilizó como control. Se palparon los animales semanalmente y luego de que no apareciera ningún tumor nuevo durante dos inspecciones sucesivas, se sacrificaron. Los tumores disecados fueron conservados en formol 10% en buffer PBS e incluidos en parafina 24 hs después del sacrificio. **Resultados:** 23 ratas desarrollaron tumores detectables macroscópicamente. 3 presentaron 2 tumores y 4 más de dos. Tras la examinación patológica de cortes teñidos con hematoxilina-eosina se hallaron los siguientes resultados: 12,5% de tumores fueron cribiformes, 41,7% papilares, 29,2% cribiformes y papilares, y 16,7% sólidos y cribiformes. **Conclusiones:** El DMBA indujo al 76,7% de las ratas tratadas, produciendo cuatro tipos histológicos. **Discusión:** El uso de este modelo podría posibilitar el estudio de sustancias que permitan reducir la aparición de cáncer mamario.

## Medicina Preventiva

### SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIARIO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA

Garat C, Audisio JL, Ditondo J.

Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La Fibrosis Quística (FQ) se caracteriza clínicamente por enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia pancreática e incremento de la concentración de electrolitos en el sudor. Los síntomas se vinculan principalmente con exacerbaciones pulmonares infecciosas e insuficiencia pancreática, llevando a un retraso grave de crecimiento. Los pacientes con infecciones frecuentes pueden experimentar insuficiencia nutricional progresiva, en este grupo la alimentación enteral continua nocturna mejora el estado nutricional e impide más deterioro. **Objetivo:** Cuantificar la factibilidad del soporte nutricional programado domiciliario enteral nocturno en pacientes con FQ. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en cuatro casos. **Caso 1:** niña de 12 años, con FQ, con soporte nutricional programado (SNPD), por gastrostomía. Ingreso marzo 2006, peso 23 Kg, talla 129 cm adecuación peso / talla (AP/T), del 82%. Marzo del 2008, peso 39 kg, talla 1,48 cm AP/T de 92 %. Las exacerbaciones pulmonares (EP) hasta el año marzo del 2006 fueron 5/año, desde marzo del 2006, hasta marzo del 2008, presentó 1 en marzo del 2008. **Caso 2:** niña de 8 años con FQ, con SNPD, por gastrostomía, ingreso enero del 2007 peso 18 kg, talla 119 cm, AP/T 80 %. Marzo del 2008, peso 27 kg, talla 127 cm, AP/T de 100%. Las EP hasta enero del 2007 eran de 2 anuales, presentó 1 en diciembre del 2007. **Caso 3:** niño de 2 años y 10 meses, con FQ, SNPD, por Sonda nasogástrica, ingreso junio del 2006, peso 5,95 kg, talla 64 cm AP/T de 87 %. Marzo del 2008, peso 14,1kg, talla 92 cm AP/T de 104%. Las EP hasta junio 2006 fueron 4, presentando 1 hasta marzo 2008. **Caso 4:** niño de 17 años, con FQ, SNPD, por gastrostomía, ingreso mayo 2006, peso 44 kg, talla 171 cm AP/T de 72 %, marzo del 2008 peso 56,5 kg, talla 182 cm AP/T de 86%. Las EP hasta el año 2006 eran de 4 anuales, presentando 1 por año, hasta marzo del 2008. **Resultados:** **Caso 1:** AP/T 92% (normal), 1 EP en 2 años; **Caso 2:** AP/T 100% (normal), 1 EP en el 2007; **Caso 3:** AP/T 104% (normal), 1 EP en el 2007, **Caso 4:** AP/T 86% (desnutrición leve), 1 EP en marzo del 2008. **Conclusiones:** cuando no se logra mejorar el estado nutricional mediante técnicas no invasivas, el próximo paso es la nutrición enteral (consenso de FQ de la SAP). Los estudios demuestran que el SNPD nocturno mejora la composición corporal, aumento la fuerza muscular, sensación de bienestar, autocontrol de ganancia de peso, reducción del deterioro durante las EP y rehabilitación nutricional. Los resultados obtenidos se correlacionan con el consenso de FQ de la SAP.

### COMENTARIOS SOBRE LA NORMATIZACIÓN DEL PROCAPS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. REGION SANITARIA I.

Gómez L, Carotti E, Carminatti U, Stefanazzi VA, Gabbarini JP

Región Sanitaria I. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El programa integral de atención al paciente crónico en el primer nivel, en adelante Procaps, es una estrategia generada por Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que incluye e integra a tres subprogramas estatales: Prodiaba, Proepi y Probas. Dicho programa brinda insumos y medicación a los pacientes que padecen estas patologías y que carecen de cobertura social o capacidad de pago. Desde nuestra oficina estamos proponiendo implementar normas de procedimientos de los movimientos que se generan en el programa para realizar la distribución de los mismos. **Objetivo:** Difundir la propuesta al equipo de salud acerca de la implementación de un Manual de Procedimientos del Procaps perteneciente al Sistema de Gestión de la Calidad de la sede de la Región Sanitaria I. **Comentarios:** El Procaps distribuye insumos y medicación a los pacientes incluidos en los tres subprogramas. El ingreso a los mismos depende de cada centro de salud en la región sanitaria I. Los destinatarios de los subprogramas provinciales son los pacientes que padecen diabetes (Prodiaba), epilepsia (Proepi) o asma infantil (Probas, de hasta 18 años). Brindan medicación, insumos y educación. Desde nuestra oficina estamos trabajando en un proyecto con el objetivo de implementar un Manual de Procedimientos que sea elaborado en conjunto con los referentes de los partidos involucrados, que permita no solo ponerse de acuerdo en la mejor forma de realizar la distribución de los insumos que brinda el Ministerio de Salud, sino considerar las diferentes realidades locales que posea cada centro de salud, respetando las condiciones particulares de recursos humanos y económicos disponibles. A tal efecto se están realizando encuentros trimensuales en la zona. **Conclusiones:** Luego de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la sede de la Región sanitaria I, nuestra oficina adhiere al mismo al trabajar en un manual de procedimientos. Una de las intenciones del mismo es detallar y registrar en forma escrita todos los pasos involucrados y que dependen del mismo, con el objetivo de unificar la manera de trabajar en toda la Región Sanitaria. Para concretar dicho manual, es necesaria la labor desarrollada por los recursos humanos, el compromiso y proactividad por parte de todos los agentes involucrados.

## ¿QUÉ SABEN LAS MUJERES DE BAHÍA BLANCA SOBRE EL ÁCIDO FÓLICO Y CÓMO PREVENIR ENFERMEDADES CONGÉNITAS?

Compagnoni W, Gentile M, Gerbi D, Giaccone A

Hospital Interzonal «Dr José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El ácido fólico es una vitamina hidrosoluble que interviene en la prevención de los defectos del tubo neural (DTN) cuando se ingiere por lo menos dos meses antes del embarazo y durante las primeras 8 semanas del mismo. El folato es la forma natural de la vitamina que se encuentra en los alimentos; el ácido fólico (AF) es la forma sintética elaborada por el hombre. Desde el año 1964 se plantea una asociación entre el consumo de folato y DTN. En 1992, se determina que la evidencia acumulada que vincula la reducción de los DTN con la ingesta de ácido fólico es suficiente, elaborándose recomendaciones al respecto. Los DTN, son definidos como distintos grados de disrafismo o alteración del cierre de los arcos posteriores de los cuerpos vertebrales; a través del cual protruyen elementos neurales condicionando diferentes grados de discapacidad. La prioridad de los nuevos estudios son ensayos de difusión de la información a cerca del efecto protector de la suplementación con folato, para implementar estrategias costo-efectivas. **Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta de opinión escrita y cerrada, con la modalidad de elección múltiple, incluyendo siete preguntas que valoran la información que las encuestadas tenían sobre AF y DTN; en forma individual y anónima. Se entregó un boletín informativo aclarando las dudas que la realización de la encuesta pudiera haber generado. **POBLACION:** Se realizó la encuesta a mujeres en edad fértil (14 a 40 años), pertenecientes a diferentes poblaciones de nuestra ciudad, vía pública, centro asistencial, colegio, instituto o facultad entre julio y octubre de 2007. **Resultados:** Se encuestaron un total de 1213 mujeres, todas residentes de la ciudad de Bahía Blanca con edades comprendidas entre 14 y 40 años, con una edad media de 16,7 años. El 51,03% (n=619) respondieron no saber qué era el AF. Un 44,18% (n=536) desconocía su función en la prevención de malformaciones congénitas; 58,77% consideró que el mielomeningocele era una enfermedad viral o por exceso de sol; casi un 65% de la población nunca antes había recibido información sobre AF y DTN por ningún medio. **Conclusiones:** esta encuesta arroja datos preocupantes y coherentes con aquellos informados en estudios similares. Conocer estos datos, sabiendo la ya más que demostrada función de la vitamina, preocupa y moviliza a generar conciencia a través de la información y la masifi-

cación del mensaje preventivo, involucrando a todos aquellos niveles a los que este problema incumbe.

## NIVEL DE EDUCACION SEXUAL EN ADOLESCENTES MADRES DE GENERAL CERRI

Navas CP, Brescia S, Lopez A, Navas CG, Couto M, Llamas VM.

Sala Médica General Cerri. Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** Este estudio tiene por objeto indagar acerca de las circunstancias que rodean el embarazo adolescente en relación a la educación sexual recibida, el conocimiento sobre el cuidado anticonceptivo, las fuentes de este conocimiento y cuánto influyó en el embarazo acontecido. **Objetivo:** Determinar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes madres de General Cerri. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo, con adolescentes madres las cuales se detectaron mediante auditoria de historias clínicas y registros en instituciones escolares, desde mayo de 2005 hasta mayo de 2008. Se identificaron 60 madres adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión. La convocatoria se realizó vía telefónica y/o personalmente. Para la realización del estudio se solicitó vía e-mail autorización al Centro Latinoamericano Salud y Mujer para utilizar el cuestionario presentado en «Nivel de Educación sexual en Adolescentes Madres que concurren a hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires» realizado en 2005. Se utilizó la técnica de grupo focal. Las técnicas de registro, previa autorización de las participantes, fueron grabaciones magnetofónicas y notas de campo. Se elaboró un análisis de contenido con el uso del programa WeftQDA y Excel. Se efectuaron 7 talleres cada uno tuvo una duración de 60 minutos aproximadamente; en el cual completaron un cuestionario de 17 preguntas (anónimo) y se realizó una entrevista profunda en la cual participó un moderador y el resto como observadores no participantes. Los mismos se llevaron a cabo en agosto. **Resultados:** El 79% de los embarazos fueron no planificados y 28% quedaron embarazadas a los 17 años. Las causas fueron: a veces no me cuidaba 41%, pensé que él se iba a cuidar 16%, usé mal un método 13%, estábamos fuera de control 13%, falló el método 13% y no pude comprar/conseguir el método anticonceptivo 4%. Recibieron educación sexual 64%, de los padres 40% y 27% en la escuela. **Conclusiones:** La frecuencia del embarazo no planificado resulta alta. La falta de cuidado anticonceptivo parece relacionarse más con el pensamiento mágico del adolescente: «a mí no me va a pasar», que con la falta de acceso a los métodos anticonceptivos. Se destaca la participación de los padres como fuente de educación sexual.

**IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN LA SEDE DE LA REGION SANITARIA I Y SU ARTICULACIÓN CON EL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCION DE LA SALUD.**

Stefanazzi VA, Gómez L, Castro MC, Bayón MN, Gabbarini JP

Sede Región Sanitaria I. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Desde el Área de Calidad de la Región Sanitaria I, creemos que implementar un Sistema de Gestión de la Calidad en esta sede es un compromiso ineludible que debemos tomar, ya que no sería lógico ser nexos y asesores de nuestros hospitales en algo que nosotros no hemos planificado, realizado, medido, controlado y mejorado, es decir, tener nuestro propio Sistema de Gestión de la Calidad, basándonos para ello en la Norma ISO 9001:2000, redundando así en una mejora integral de la calidad de los servicios por ella prestados, ya sea a usuarios tanto internos como externos. **Objetivo:** lograr la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la sede de la Región Sanitaria I, que gradualmente tenga alcance a las distintas áreas que la conforman, como así también lograr la adhesión al Programa de Garantía de Calidad de las instituciones que se hallen dentro de su área geográfica y que de ella dependan. **Materiales y Métodos:** Para gestionar la Calidad, se comenzará por sensibilizar al recurso humano en el tema, como así también comenzar con la redacción de los documentos que exige la Norma ISO 9001:2000 como son el Manual de Calidad, el cual incluye la política y los objetivos de la calidad, los Procedimientos Documentados, otros documentos propios de la organización y los registros correspondientes a las actividades desarrolladas. **Resultados:** el Área de Calidad se halla elaborando los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad e implementándolos, como así también interactuando con las instituciones que dentro de su área geográfica se encuentran, al estar en ejecución el Primer Curso de Garantía de Calidad en Salud. **Conclusiones:** Paulatinamente, distintas áreas de la sede de la Región Sanitaria se van incorporando al Sistema de Gestión de la Calidad de la organización; asimismo una importante cantidad del recurso humano de los hospitales de la Región se hallan en capacitación en Calidad y en vías de adherir los establecimientos asistenciales a los que cada uno de ellos pertenecen al Programa de Garantía de Calidad.



## Neumonología

### HIDROCEFALIA LIGADA AL X – CAUSA GENETICA DE HIDROCEFALIA

Donari JD, Giaccone A.

Unidad de Neurología Infantil. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Se define hidrocefalia como una acumulación anormal de LCR. Su incidencia es de 3-4/1000RNV. La forma ligada al cromosoma x, representa el 2% de las hidrocefalias congénitas. Esta entidad tiene una incidencia de 1/30000 nacimientos de sexo masculino, con una tasa de recurrencia del 50%. Se debe a una mutación del gen L1CAM (neural cell adhesion molecule L1 gene), localizada a nivel del Xq28. Existen numerosas mutaciones. Los componentes del síndrome incluyen: HIDROCEFALIA (habitualmente masiva congénita), RETRASO MENTAL, PULGARES ADUCTOS, PARAPLEJIA ESPASTICA, agenesia de cuerpo calloso, atrofia corticoespinal (Se atribuyen a alteraciones de la migración neuronal/displasia cortical asociada). **Materiales y Métodos:** Trabajo retrospectivo, descriptivo basado en revisión de historia clínica. **Objetivos:** Presentamos dos hermanos de 7 años y 10 m y 13 meses, hijos de padres no consanguíneos de 22 y 28 años sin embarazos ni abortos previos. Son los dos únicos hijos de sexo masculino, por la rama materna. Ambos presentaron hidrocefalia de comienzo neonatal que requirió shunt asociado a pulgares aductos, y retraso neuromadurativo en su evolución, siendo el mayor de los hermanos el más descendido y comprometido desde el punto de vista psicomotriz. Este último reúne los criterios de Síndrome CRASH (hipoplasia de cuerpo calloso, retardo mental, pulgares aductos, paraplejía espástica, hidrocefalia). **Conclusiones:** La importancia de conocer e identificar este síndrome radica en que la detección de la mutación permitirá realizar un consejo genético, brinda a su vez la posibilidad de diagnóstico prenatal en el primer trimestre de embarazo y la identificación del estado de portador en otras mujeres de la familia materna.

### DESMIELINIZACIÓN AGUDA DISEMINADA

Arrendó M, Buschiazzo R, Devia D, Donari JD, Facchini JM, Iseppi D, Lucarelli L, Peluffo G.

Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM), es una encefalopatía aguda secundaria a un proceso infeccioso no siempre identificado, que ocasiona una Desmielinización inflamatoria multifocal del sistema nervioso central, su incidencia real se desconoce, se da

habitualmente en la infancia. La patogenia de la ADEM no está aclarada. **Caso Clínico:** Niña de 8 años que consulta por presentar cefalea y vómitos de 12 días de evolución, sin fiebre, ATB y AINE hace 9 días por sinusitis los síntomas se intensificaron. El día 26/12 ingresa a sala de pediatría, con cefalea intensa, MEG, subfebril, se decide realizar PL, HMC, T.A.C, HG. Se decide realizar Punción lumbar, HMC x 2 LABG.B. 37.100 (10/4/0/85/1) Hto 33% Hb. 11.9 Gluc. 0.64 g/l Pla. 169.000 PL. Límpido incoloro. Cel 140 (PMN 40% / MM 60%) Gluc. 0.49 Lactato 1.7 ml/md/l (2-8). Prot. 0.47 g/l Se solicita PCR de LCR para Herpes. Se medica con CFX, aciclovir y dexametasona. El día 27/12 pasa a UTIP por presentar alteración del sensorio, discurso incoherente, irritable, desconectada. El día 28/12 PCR Herpes virus (-) y se suspende aciclovir, HMC (-), LCR (-), continua con CFX. El día 29/12 pasa a sala al examen físico bradipsiquia, somnolienta, resto del examen DLN. El día 04/01 presenta Rigidez de nuca, MEG, alteración del sensorio, por lo cual se realiza nueva PL y RNM. PL. 300 cel PMN 75% MMN 25% Prot. 1.21g/l Gluc. 0.59g/l. Se recibe informe de RNM, alteración difusa de sustancia gris supratentorial, compatible con ADEM. Presento 120 días posteriores una neuritis óptica bilateral, se realizaron pulsos de meprednisona 5 días. **COMENTARIO:** La ADEM se instaura siempre de forma aguda aproximadamente 2 a 21 días después del comienzo de la infección, se presenta habitualmente como alteración del nivel de conciencia, ataxia, déficit motor, cefalea, afasia, convulsiones, neuritis óptica o afectación de pares craneales, que traducen la afectación multifocal del SNC. La enfermedad evoluciona de forma monofásica, de 2 a 4 semanas, la RM muestra, múltiples lesiones híper intensas supra e infratentoriales, asimétricas, que afectan principalmente a la sustancia blanca. No es infrecuente la afectación de la sustancia gris superficial y profunda, fundamentalmente del tálamo y de los núcleos de la base, pero es poco común la afectación de las regiones periventriculares.

### ENCEFALOPATIA HIPERAMONIEMICA POR ACIDO VALPROICO

Buschiazzo R, Zamora P\*, Donari JD\*\*, Erb A\*, Giaccone A\*\*, Rodríguez D\*.

\*Servicio de Pediatría.\*\*Unidad de Neurología Infantil. Hospital Interzonal «Dr José. Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El valproato es un anticonvulsivante ampliamente utilizado, efectivo y usualmente bien tolerado. Se lo ha asociado con efectos colaterales sistémicos, principalmente neurológicos, siendo uno de los más graves descriptos la encefalopatía hiperamoniémica. Esta se da con mayor frecuencia en pacientes con deficiencia de carnitina o tras-

tornos en el ciclo de la urea. En ocasiones estos trastornos no pueden ser demostrados y se atribuye por tanto el aumento del amonio al ácido valproico en forma primaria.

**Objetivos:** Presentación de caso clínico de encefalopatía hiperamoniémica por ácido valproico en una paciente sin fallo hepático ni defecto metabólico demostrable. **Materia-**

**les y Métodos:** Revisión de historia clínica. Descriptivo, presentación de caso clínico. **Caso clínico:** se describe

niña de 13 años, que ingresa por cuadro de excitación psicomotriz, agresividad y mal estado general, precedido en 48 hs previas por dolor abdominal, vómitos y cefalea. Medicada 7 días antes de su ingreso con ácido valproico por cuadro de migraña compleja (RMN normal). A su ingreso: hemograma, epatograma, EAB, LCR ( cito-fisico-quimico y cultivo) normales. Hiperamoniemia ( 138 ug/dl ) con tendencia a su incremento en siguientes 24 hs ( hasta 300 ug/dl) –

Dosaje de ácido valproico ligeramente elevado (115 mg/dl). EEG: lentificación difusa. Se suspende Ácido valproico. Se inicia tratamiento con neomicina, lactulosa, benzoato de sodio, y carnitina. Notoria mejoría clínica y de laboratorio en 48-72 hs (amonio: 50 ug/dl). EEG día 10: normal. Se estudia

metabolopatía: estudios neurometabólicos normales. Acido orótico en orina normal. **Conclusión:** La encefalopatía

hiperamoniémica por ácido valproico es un efecto colateral poco frecuente, reversible, pero potencialmente fatal. Requiere para su diagnóstico un alto índice de sospecha, en especial cuando se presenta en forma aislada y no en forma secundaria a daño hepático, ni asociado a metabolopatía demostrable.

## Neurología

### HIDROCEFALIA LIGADA AL X – CAUSA GENETICA DE HIDROCEFALIA

Unidad de Neurología Infantil. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Se define hidrocefalia como una acumulación anormal de LCR. Su incidencia es de 3-4/1000RN. La forma ligada al cromosoma x, representa el 2% de las hidrocefalias congénitas. Esta entidad tiene una incidencia de 1/30000 nacimientos de sexo masculino, con una tasa de recurrencia del 50%. Se debe a una mutación del gen L1CAM (neural cell adhesion molecule L1 gene), localizada a nivel del Xq28. Existen numerosas mutaciones. Los componentes del síndrome incluyen: HIDROCEFALIA (habitualmente masiva congénita), RETRASO MENTAL, PULGARES ADUCTOS, PARAPLEJIA ESPASTICA, agenesia de cuerpo calloso, atrofia corticoespinal (Se atribuyen a alteraciones de la migración neuronal/displasia cortical asociada). **Materiales y Métodos:** Trabajo retrospectivo, descriptivo basado en revisión de historia clínica. **Objetivos:** Presentamos dos hermanos de 7 años y 10 m y 13 meses, hijos de padres no consanguíneos de 22 y 28 años sin embarazos ni abortos previos. Son los dos únicos hijos de sexo masculino, por la rama materna. Ambos presentaron hidrocefalia de comienzo neonatal que requirió shunt asociado a pulgares aductos, y retraso neuromaturo en su evolución, siendo el mayor de los hermanos el más descendido y comprometido desde el punto de vista psicomotriz. Este último reúne los criterios de Síndrome CRASH (hipoplasia de cuerpo calloso, retardo mental, pulgares aductos, paraplejía espástica, hidrocefalia). **Conclusiones:** La importancia de conocer e identificar este síndrome radica en que la detección de la mutación permitirá realizar un consejo genético, brinda a su vez la posibilidad de diagnóstico prenatal en el primer trimestre de embarazo y la identificación del estado de portador en otras mujeres de la familia materna.

### DESMIELINIZACIÓN AGUDA DISEMINADA

Arrendó M, Buschiazzo R, Devia D, Donari JD, Facchini JM, Iseppi D, Lucarelli L, Peluffo G.

Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La encefalomyelitis aguda diseminada (ADEM), es una encefalopatía aguda secundaria a un proceso infeccioso no siempre identificado, que ocasiona una Desmielinización inflamatoria multifocal del sistema nervioso central, su incidencia real se desconoce, se da

habitualmente en la infancia. La patogenia de la ADEM no está aclarada. **Caso Clínico:** Niña de 8 años que consulta por presentar cefalea y vómitos de 12 días de evolución, sin fiebre, ATB y AINE hace 9 días por sinusitis los síntomas se intensificaron. El día 26/12 ingresa a sala de pediatría, con cefalea intensa, MEG, subfebril, se decide realizar PL, HMC, T.A.C, HG. Se decide realizar Punción lumbar, HMC x 2 LABG.B. 37.100 (10/4/0/85/1) Hto 33% Hb. 11.9 Gluc. 0.64 g/l Pla. 169.000 PL. Lípido incoloro. Cel 140 (PMN 40% / MM 60%) Gluc. 0.49 Lactato 1.7 ml/md/l (2-8). Prot. 0.47 g/l Se solicita PCR de LCR para Herpes. Se medica con CFX, aciclovir y dexametasona. El día 27/12 pasa a UTIP por presentar alteración del sensorio, discurso incoherente, irritable, desconectada. El día 28/12 PCR Herpes virus (-) y se suspende aciclovir, HMC (-), LCR (-), continua con CFX. El día 29/12 pasa a sala al examen físico bradipsiquia, somnolienta, resto del examen DLN. El día 04/01 presenta Rigidez de nuca, MEG, alteración del sensorio, por lo cual se realiza nueva PL y RNM. PL. 300 cel PMN 75% MMN 25% Prot. 1.21g/l Gluc. 0.59g/l. Se recibe informe de RNM, alteración difusa de sustancia gris supratentorial, compatible con ADEM. Presento 120 días posteriores una neuritis óptica bilateral, se realizaron pulsos de meprednisona 5 días. **COMENTARIO:** La ADEM se instaura siempre de forma aguda aproximadamente 2 a 21 días después del comienzo de la infección, se presenta habitualmente como alteración del nivel de conciencia, ataxia, déficit motor, cefalea, afasia, convulsiones, neuritis óptica o afectación de pares craneales, que traducen la afectación multifocal del SNC. La enfermedad evoluciona de forma monofásica, de 2 a 4 semanas, la RM muestra, múltiples lesiones hiperintensas supra e infratentoriales, asimétricas, que afectan principalmente a la sustancia blanca. No es infrecuente la afectación de la sustancia gris superficial y profunda, fundamentalmente del tálamo y de los núcleos de la base, pero es poco común la afectación de las regiones periventriculares.

### ENCEFALOPATIA HIPERAMONIEMICA POR ACIDO VALPROICO

Buschiazzo R, Zamora P, Donari JD, Erb A, Giacone A, Rodríguez D.

\*Servicio de Pediatría.\*\*Unidad de Neurología Infantil. Hospital Interzonal «Dr José. Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El valproato es un anticonvulsivante ampliamente utilizado, efectivo y usualmente bien tolerado. Se lo ha asociado con efectos colaterales sistémicos, principalmente neurológicos, siendo uno de los más graves descriptos la encefalopatía hiperamoniémica. Esta se da con mayor frecuencia en pacientes con deficiencia de carnitina o tras-

tornos en el ciclo de la urea. En ocasiones estos trastornos no pueden ser demostrados y se atribuye por tanto el aumento del amonio al ácido valproico en forma primaria.

**Objetivos:** Presentación de caso clínico de encefalopatía hiperamoniémica por ácido valproico en una paciente sin fallo hepático ni defecto metabólico demostrable. **Materiales y Métodos:** Revisión de historia clínica. Descriptivo, presentación de caso clínico. **Caso clínico:** se describe niña de 13 años, que ingresa por cuadro de excitación psicomotriz, agresividad y mal estado general, precedido en 48 hs previas por dolor abdominal, vómitos y cefalea. Medicada 7 días antes de su ingreso con ácido valproico por cuadro de migraña compleja (RMN normal). A su ingreso: hemograma, epatograma, EAB, LCR ( cito-fisico-quimico y cultivo) normales. Hiperamoniemia ( 138 ug/dl ) con tendencia a su incremento en siguientes 24 hs ( hasta 300 ug/dl) – Dosaje de ácido valproico ligeramente elevado (115 mg/dl). EEG: lentificación difusa. Se suspende Ácido valproico. Se inicia tratamiento con neomicina, lactulosa, benzoato de sodio, y carnitina. Notoria mejoría clínica y de laboratorio en 48-72 hs (amonio: 50 ug/dl). EEG día 10: normal. Se estudia metabolopatía: estudios neurometabólicos normales. Acido orótico en orina normal. **Conclusión:** La encefalopatía hiperamoniémica por ácido valproico es un efecto colateral poco frecuente, reversible, pero potencialmente fatal. Requiere para su diagnóstico un alto índice de sospecha, en especial cuando se presenta en forma aislada y no en forma secundaria a daño hepático, ni asociado a metabolopatía demostrable.

## Oncología

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RIESGOS DE CÁNCER EN BARRIOS DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA CERCANOS AL ÁREA PETROQUÍMICA. RESULTADOS FINALES

Laura E\*, González M\*, Vacchino M\*\*, Musali R\*, Mendiondo V\*.

\* Registro de Cáncer de Bahía Blanca. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. \*\* Instituto Nacional de Epidemiología «Dr. Juan H. Jara». Mar del Plata. Argentina.

**Introducción:** La población cercana a la Industria Petroquímica expresó su percepción de que en dicha zona se observaba una frecuencia aumentada en casos de tumores que vinculó a una mayor exposición a sustancias químicas producidas por la industria local. En Mayo del 2005 nuestro Registro fue convocado por la Municipalidad de Bahía Blanca para realizar una investigación de cluster que permitiera evaluar dicha percepción. **Objetivo:** Determinar si en las áreas cercanas a la zona petroquímica se ha producido un incremento en los riesgos de cáncer en comparación con el resto del Partido de Bahía Blanca (BB). **Materiales y Métodos:** Fueron delimitados los radios censales correspondientes a Ing. White y Villa Rosas, separados los casos de cáncer del período 1989-2002 de las tres zonas (Ing. White, Villa Rosas y resto de Bahía Blanca) y comparado las tasas de incidencia de todas las localizaciones de cáncer. **Resultados:** Entre 1989-1992 en varones de Villa Rosas, hubo menor incidencia en laringe que en Ing. White y que en el resto de la ciudad; pulmón y sitio primario desconocido en Villa Rosas fue mayor con respecto a Bahía Blanca. En mujeres de Villa Rosas fue mayor la incidencia en el cáncer de mama con respecto a Bahía Blanca, también en Bahía Blanca y Villa Rosas fue más alto el cáncer de ovarios y riñón que Ing. White, además en BB, la tasa de incidencia de vejiga urinaria es mayor que en Ing. White. 1993-1997 en varones de Ing. White fue menor la incidencia en laringe que en BB y Villa Rosas; riñón mayor en BB que en Ing. White y próstata mayor en Villa Rosas que en BB. En mujeres de BB, mayor incidencia en páncreas, ovarios, riñón, sistema nervioso y en cuello uterino menor que en Ing. White y Villa Rosas. 1998-2002 en varones de Ing. White menor incidencia en el sistema nervioso central y linfomas con respecto a BB. Se encontraron diferencias no significativas en la comparación directa en el cáncer de pulmón de varones la cual fue significativa al hacer la comparación indirecta, siendo mayor en Ing. White. En mujeres de Ing. White, menor incidencia en esófago, hígado, mama y linfomas que en BB; colon/recto mayor en Villa Rosas que en Ing. White y BB; leucemias, cuello uterino, riñón y sistema nervioso menor incidencia en IW con respecto a BB y Villa Rosas.

**Conclusión:** Comparando los diversos periodos, no se confirma un incremento en los riesgos de cáncer para la población cercana al área petroquímica.

### PRINCIPALES RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE EL HABITO DE FUMAR EN EL HOGAR EN BAHÍA BLANCA

Laura E, Serralunga G, Yañez L, Martín A, Martínez V, Panis K, Panzitta C, Paz M, Peralta Repp M, Ruppel N, Taboada M, Villalba R.

Unidad de Investigación Biomédica. Registro de Tumores. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** En Marzo de 2007 se promulgó en Bahía Blanca la ordenanza que prohibió fumar en lugares cerrados. Su aplicación fue progresiva y a partir de Septiembre de ese año se incluyeron los bares, restaurantes y lugares de diversión nocturna. Las inspecciones efectuadas hasta el momento muestran un 95% de cumplimiento. **Objetivo:** Conocer la conducta de la población de Bahía Blanca con respecto a si permite fumar dentro de la casa. **Materiales y Métodos:** Se efectuó una encuesta telefónica en Marzo de 2008 a 1200 residentes de la ciudad seleccionados en forma aleatoria de la guía telefónica. El formulario fue elaborado con los alumnos de Salud Individual y Colectiva de la UNS en conjunto con su profesor y docentes del Área de Estadística. El cálculo de la muestra fue efectuado por los mismos docentes. **Resultados:** Se encuestaron 1200 hogares donde viven 4.088 personas siendo mayores de 15 años 3.417(83,5%). La prevalencia del hábito de fumar en los mayores de 15 años fue 930/3.417(21,4%); hogares en los que existe al menos un fumador 464/1196 (38,8%). Se permite fumar siempre y ocasionalmente en el 44%; nunca se permite fumar en el 56%; si hay algún fumador en el hogar se permite fumar en el 63,2%; si nadie fuma en el 31,7%. **Conclusiones:** A diferencia de las inspecciones en los lugares públicos, estos resultados sustancialmente mayores, requerirán de esfuerzos educativos que enfatizen la importancia del Aire Puro. La prevalencia del hábito de fumar encontrada (21,4%), substancialmente menor que las cifras nacionales (1) y también comparados con estudios de nuestro grupo en Bahía Blanca (2), requerirán ser confirmados con encuestas presenciales.

## Pediatría - Nefrología

### LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO

Alconcher L\*, Meneguzzi MB\*, Dantagnan F\*\*, Buschiazzo R\*\*, Donari JD\*\*, Giacone A \*\*, Erb A\*\* \*

Nefrología Pediátrica \*\*. Servicio de Pediatría Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La leucoencefalopatía posterior reversible (SLPR) es un síndrome clínico radiológico que afecta principalmente la sustancia blanca de ambos hemisferios. Se manifiesta como una encefalopatía aguda con síntomas tales como cefalea, alteración del sensorio, trastornos visuales y convulsiones. La resonancia nuclear magnética (RMN) de cerebro muestra lesiones bilaterales y simétricas hiperintensas en el T2 a predominio en la región parieto-occipital. Se ha descrito asociado a muchas enfermedades, estando implicados en su patogenia la hipertensión arterial y el uso de inmunosupresores. Se presenta un paciente con un SLPR asociado a síndrome urémico hemolítico (SHU) atípico. **Caso Clínico:** paciente de sexo masculino de 7 años de edad que ingresó al hospital con fiebre, petequias en miembros inferiores, tronco y párpados, dolor abdominal y vómitos. Laboratorio: orina completa con densidad 1030, pH 5, proteínas +++, sangre ++, hematías 20-25 por campo, urea 2,10 gr/l, C3: 19,4 mg/dl (VN: 90-180), C4: menor a 5,3 mg/dl (VN 10-40), AELO: 875 UI/l (VN 0-200). Durante el curso de la internación se constató hipertensión y deterioro rápido y progresivo de la función renal, indicándose pulsos de metilprednisolona y diálisis peritoneal después de 48 horas de anuria. El diagnóstico presuntivo inicial fue glomerulonefritis postinfecciosa. En los días posteriores comenzó con episodios convulsivos focalizados, deterioro transitorio del sensorio y amaurosis fugaz. La RNM de cerebro mostró imágenes hiperintensas en FLAIR y T2 en ambos lóbulos parietales, temporales y hemisferios cerebelosos. En la biopsia renal se vieron trombos de fibrina en los capilares glomerulares y en una arteriola hiliar, con focos de mesangiolisis. La inmunofluorescencia fue negativa. Nunca se constató trombocitopenia y sólo un frotis mostró ligeros cambios compatibles con anemia microangiopática. La hipocomplementemia fue confirmada por otras 2 determinaciones. El paciente requirió 9 días de diálisis, no repitió episodios convulsivos y normalizó la tensión arterial y la función renal. A los 45 días se repitió la RNM y se constató involución marcada de las lesiones. Actualmente sólo presenta un proteinuria mínima. **Comentarios:** El mecanismo patogénico más probablemente implicado en el SLPR es el aumento de la tensión arterial que excedería la capacidad de autorregulación cerebral, produciéndose dilatación y necrosis de arteriolas y capilares cerebrales con el consiguiente

edema vasogénico por trasudación de líquido al espacio intersticial. Si bien pocos son los casos comunicados de SUH postdiarrea asociado a SLPR, es probable que exista un subdiagnóstico de esta entidad. El paciente presentado no tuvo diarrea y tuvo hipocomplementemia persistente motivo por el cual el diagnóstico final fue SUH atípico.

### ESTIMACIÓN DE LA FILTRACIÓN GLOMERULAR: DEPURACIÓN DE CREATININA MEDIDA Y CALCULADA

Pennacchiotti G, Benozzi S, Álvarez C, Bigurrarena R.

Cátedra Bioquímica Clínica I. Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** el método de laboratorio más utilizado en la práctica clínica, para la evaluación de la filtración glomerular (FG) es la depuración de creatinina endógena (DCE) en orina de 24 horas. Para evitar la recolección de orina durante de 24 horas, se han creado fórmulas que incluyen la concentración plasmática de creatinina y otras variables demográficas y antropométricas. La fórmula de Cockcroft-Gault (CG) y la fórmula abreviada derivada del estudio MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) son las más utilizadas. **Objetivo:** comparar los resultados de FG obtenidos mediante el cálculo de la DCE con los estimados al aplicar las fórmulas de CG y la del estudio MDRD. **Materiales y Métodos:** se incluyeron 140 pacientes adultos, de ambos sexos con edades comprendidas entre 19 y 77 años. El FG se calculó a través de la DCE corregida por superficie corporal standard  $1,73 \text{ m}^2$  (DCEc) y se estimó utilizando las fórmulas clásicas de CG y la MDRD. Para la comparación de medias se utilizó la prueba t de Student y la correlación entre los diferentes métodos se efectuó mediante el coeficiente de Pearson. El procesamiento de datos se realizó empleando un programa estadístico SPSS 14.0. **Resultados:** todas las formas de evaluación de la FR correlacionaron positivamente entre sí, DCEc vs. CG,  $r=0,750$ ,  $p<0,001$ ; DCEc vs. MDRD,  $r=0,679$ ,  $p<0,001$ , a pesar de ello los valores medios de FG obtenidos mediante DCEc, CG y MDRD resultaron estadísticamente diferentes ( $100+55 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ,  $92+44 \text{ mL/min}$  y  $78+34 \text{ mL/min}$  respectivamente, DCEc vs. CG  $p=0,005$  y DCEc vs. MDRD  $p=0,000$ ). Cuando el análisis se realizó teniendo en cuenta el sexo, también se halló una correlación positiva, DCEc vs. CG,  $r=0,678$ ,  $p<0,001$ ; DCEc vs. MDRD,  $r=0,770$ ,  $p<0,001$  en mujeres y DCEc vs. CG,  $r=0,808$ ,  $p<0,001$ ; DCEc vs. MDRD,  $r=0,759$ ,  $p<0,001$  en hombres. **Conclusiones:** En nuestro estudio observamos una correlación adecuada entre clearance medido y el calculado por las fórmulas de CG y MDRD. La utilización de estas fórmulas para evaluar indirectamente la filtración

glomerular es un método rápido, sencillo y económico que evita el error que incluye la toma de muestra de orina de 24 hs de la depuración de creatinina endógena.

### EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO DESPUÉS DE LA SUSPENSIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.

Alconcher L, Meneguzzi MB, Buschiazzi R, Piaggio L

Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna»: Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** Frente a la no desaparición del reflujo vesicoureteral (RVU) luego de varios años de profilaxis antibiótica (PA), el reimplante ureteral es considerado. Una alternativa podría ser la suspensión de la PA. **Objetivos:** comparar la incidencia y el tipo de infección del tracto urinario (ITU) en pacientes con RVU mientras recibían PA y después de la suspensión de la misma. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron 79 pacientes con RVU primario y como mínimo 1 año de seguimiento sin PA. Los criterios para suspender la PA fueron: 1) pacientes libres de IU durante 1 o más años, 2) control de esfínteres, 3) edad suficiente para referir síntomas sugestivos de ITU y 4) sin otros factores de riesgo de ITU. Todos se estudiaron con ecografía renal y vesical, cistouretrografía miccional (CUGM) y 73 con centellografía renal con ácido dimercapto-succínico 6 meses después de la 1ª ITU. La centellografía y la CUGM se repitieron en pacientes con pielonefritis recurrentes. Se registró la edad en que se indicó y suspendió la PA, tiempo con y sin PA y número de ITU (pielonefritis y cistitis) durante la PA y luego de suspendida. Se utilizó el test de Wilcoxon y la prueba de Chi cuadrado. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ . **Resultados:** La edad promedio en que se indicó y suspendió la PA fue 18 y 58 meses respectivamente. La centellografía fue patológica en 32 pacientes (43.8%). El tiempo promedio con y sin PA fue 36 (r: 5-83) y 50 (r: 12-207) meses respectivamente. Veinticinco pacientes tuvieron 44 episodios de ITU durante el período que recibieron PA (0,18 episodios / paciente / año), de los cuáles 31 fueron pielonefritis agudas. Después de suspender la PA 13 pacientes tuvieron 24 episodios de ITU (0,06 episodios / paciente / año) 8 fueron pielonefritis. La pielonefritis aguda fue más frecuente en el grupo con PA. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de ITU con y sin PA, ni entre sexos, ni entre los diferentes grados de RVU, sin embargo la incidencia fue mayor en pacientes con centellografía patológica durante ambos períodos con y sin PA. **Conclusiones:** La incidencia de ITU fue significativamente mayor mientras los pacientes estuvieron en PA. El 70 % de los episodios de ITU durante el período

en PA fueron pielonefritis agudas vs. 33% en el período sin PA. Creemos que la suspensión de la PA es una práctica segura, que debe tenerse en cuenta como otra opción terapéutica en pacientes con RVU con historia mínima de IU, sin daño renal severo, continentes, con capacidad de expresar síntomas de infección y sin otros factores de riesgos asociados.

### INFECCIONES AGUDAS RESPIRATORIAS BAJAS 2008: EL INVIERNO DEL SINCICIAL RESPIRATORIO

Bonavento SM, Grosella M, Castegioni C.

Guardia Pediátrica, Servicio de Pediatría. Servicio de Neonatología. Laboratorio Central. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** Las Infecciones Agudas Respiratorias Bajas (IRAB) constituyen uno de los problemas de salud infantil más importantes en menores de 5 años, siendo una de las principales causas de mortalidad postneonatal reducible y produciendo la saturación del sistema de salud en época invernal. **Objetivos:** Disminuir la morbimortalidad. Mejorar la capacidad de resolución del equipo de salud. Reducir la hospitalización. Evitar reinternaciones. Monitorear a diario casos y mortalidad. Mejorar medidas preventivas. **Materiales y Métodos:** Consultas por guardia e internaciones de menores de 5 años en el Htal. Penna de Bahía Blanca. Análisis realizado por semana epidemiológica, entre la 24 y 35, para las consultas ambulatorias y entre la 26 y 35 para las internaciones. Estudios virológicos (enero a agosto). Análisis de las historias clínicas de fallecidos, al producirse el hecho. **Resultados:** De 5721 consultas pediátricas, el 16% (919), fueron menores de 5 años con IRAB. Pico máximo en la semana 29. De 1649 camas ocupadas en sala pediátrica, el 38% (630) fueron por IRAB, con dos picos (semana 30 y 33). En UTIP de 280 camas, 227 (81%) fueron IRAB. Picos semana 29 y 34. En UTIN del total de 466, 101 (22%) IRAB. Pico en semana 31. La mortalidad (5 casos) fue de 3 en la semana 31 y 2 en la 32. Virológicos: de 125 tomas el 46%, 57 casos, dieron positivo sincicial respiratorio, 1 caso parainfluenza 1, resto negativo. **Conclusiones:** La 2ª y 3ª semana de julio fueron las más críticas para la atención ambulatoria como para las internaciones, coincidiendo con el mayor porcentaje de virológicos positivos para sincicial. Se produjo un nuevo pico en las internaciones entre la 2ª y 3ª de agosto. -Las defunciones fueron entre la última semana de julio y la primera de agosto. -Del análisis de la mortalidad se concluye que la mayoría de los casos fue en menores de 1 año (4 de 5), y de estos últimos 3 fueron menores de 6 meses y todos padecían patologías previas de base que condicionaron su evolución. -Diagnósticos: 1 neumonía (niño de 35 meses con PC), resto síndrome

bronquiolítico. El análisis diario de la atención ambulatoria y las internaciones permitió al equipo de salud la toma de decisiones adecuadas y con previsión.

### NEFROPATIA MEMBRANOSA SECUNDARIA A ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO.

Matoso M\*, Alconcher L\*\*, Korsunsky R\*.

\* Sala de Nefrología. \*\* Unidad Nefrología Infantil. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es un desorden caracterizado por manifestaciones clínicas de enfermedades del colágeno tales como LUPUS, esclerodermia y polimiositis asociadas a títulos elevados de anticuerpos contra la ribonucleoproteína (RNP). Afecta preferentemente a mujeres (16/1) en la 2ª y 3ª década de la vida. El diagnóstico no siempre es sencillo pues las manifestaciones clínicas pueden tardar años en ser evidentes. Puede comprometer piel, articulaciones, músculos, corazón, pulmón, tracto gastrointestinal, riñones, sistema nervioso central y sistema hematológico. El fenómeno de Raynaud así como el edema de dedos y manos son hallazgos tempranos y característicos de este desorden. La enfermedad renal es rara. Se presenta una paciente de 15 años con EMTC que debuta con síndrome nefrótico. **Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino consulta por edema de miembros inferiores y bipalpebrales. Al examen físico presentaba como únicos datos positivos manos húmedas, dedos cianóticos y edematizados, edema franco con godet en miembros inferiores y fenómeno de Raynaud. Sin antecedentes personales de importancia. Madre con EMTC sin compromiso renal. Laboratorio: proteínas totales 4,2 g/dl, albúmina 2,1 g/dl, Alfa 2 aumentada, colesterol 285 mg/dl, urea 0,19 g/l, creatinina 0,66 mg/dl. Diuresis 2 l/d. Proteinuria 5,5 g/d no selectiva, sin hematuria C3 123 mg/dl C4 21 mg/dl Ig A 307 mg/dl FAN + granular grueso, Anti DNA negativo, ANCA P y C negativos, Anti RNP por ELISA + ATIII 81% (VR 89-128) Prot C y S normal. Biopsia: MO 20 glomérulos normales con túbulos con eritrocitos en su interior y material eosinófilo. Intersticio infiltrado de mononucleares. IF Ig G +++/++++ siguiendo el contorno de los capilares glomerulares. Ig A, M, C3 negativos. Diagnóstico: glomerulonefritis membranosa (GNM). Inicia pulsos de metilprednisolona recibiendo 3 dosis de 1g días alternos y continúa con meprednisona 60 mg/d. Al mes de tratamiento desaparecen los síntomas de sus manos y negativiza la proteinuria, descendiendo los corticoides a 40 mg en días alternos. **Comentarios:** La EMTC de comienzo juvenil (<16 años) tiene más manifestaciones de LES y son de mejor pronóstico que las de comienzo tardío en las que predominan las manifestaciones de

esclerodermia. El riesgo de compromiso renal es mayor en las formas juveniles llegando al 44%. La GNM y la glomerulonefritis proliferativa mesangial son los hallazgos histopatológicos más comúnmente encontrados. La mayoría de los casos comunicados de síndrome nefrótico fueron corticorresistentes. La paciente presentada tuvo una remisión completa con corticoides en menos de un mes de tratamiento.

### DESHIDRATACION HIPERNATREMICA DEL RECIEN NACIDO, IMPLEMENTACIÓN DE NUEVA ESTRATEGIA PARA SU RECONOCIMIENTO PRECOZ.

Scardapane S, Jugo M, Muñoz Mezzavoce A, Delgado E, González Yebra A.

Servicio de Neonatología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La deshidratación hipernatémica en recién nacidos de término se origina en un aporte ilíquido (leche de madre) insuficiente y puede tener serias consecuencias neurológicas. Los lactantes afectados deben ser internados generalmente bajo cuidados intensivos y rehidratados con fluidos endovenosos y fórmulas. **Objetivo:** Determinar si una nueva estrategia para la pesquisa de hipernatremia en las primeras 72 hs de vida aumenta la detección de casos y previene el ingreso de lactantes en neonatología por esta causa. **Materiales y Métodos:** Población: Recién nacidos de término sanos, nacidos en la maternidad del Hospital José Penna de la ciudad de Bahía Blanca, entre el 1 /08/ 2007 y el 31/07/2008. Estudio prospectivo con controles históricos. Se pesquisaron niños con descenso e» 8% del peso de nacimiento en las primeras 72 hs de vida y síntomas como: mucosas secas, irritabilidad o letargia, y dificultad en la alimentación. En estos casos se solicitó ionograma sanguíneo. Se definió hipernatremia a un valor de sodio en sangre e» 150 mEq/l. **Resultados:** De un total de 2307 recién nacidos sanos, en 169 (7,3%) se sospechó hipernatremia por clínica y descenso de peso, y se les realizó ionograma. En 51 casos (30%) la natremia fue e» 150 mEq/l. Así, la incidencia de hipernatremia en la población total fue 2,3 %. 11 niños se internaron en Neonatología (21,5 % de los hipernatremicos y 0,47 % del total) y permanecieron internados 4,2 días en promedio. No hubo reingresos luego del alta de internación conjunta. En el período histórico analizado (1 /8/ 2006 al 31/07/ 2007) de un total de 2036 recién nacidos de término sanos, se diagnosticaron 17 casos de hipernatremia neonatal precoz ( $X^2 p<0,001$ ), todos fueron internados en Neonatología ( $X^2 p<0,001$ ) y permanecieron internados 5,4 días en promedio ( $t test p=0.465$ ), 10 fueron reingresos luego del alta de internación conjunta.



**Discusión:** Históricamente, en los recién nacidos de término sanos, se ha considerado como normal un descenso de peso de hasta un 10% en los primeros días de vida. El cambio de este paradigma, tomando límites de descenso de peso más amplios y considerando síntomas clínicos, aumenta la detección de casos de hipernatremia, disminuye el número de casos que requieren internación en neonatología, y acorta la estadia en internación, aunque este último dato no alcanza significación estadística.

#### **RETENCION URINARIA AGUDA EN UN NIÑO, SECUNDARIA AL USO DE ANTIEMÉTICOS DURANTE UNA GASTROENTERITIS.**

González Yebra A, Martorelli J.

Instituto de Diagnóstico Infantil, Bahía Blanca. Centro de Salud «Dr. Leónidas Lucero». Servicio de Cirugía Infantil. Bahía Blanca. Argentina.

**Caso:** Un niño de 19 meses de edad cursando una gastroenteritis aguda recibió metoclopramida en solución al 2%, a razón de 0,1 mg/Kg dosis cada 8 horas durante 48 hs. El niño es llevado a la consulta por llanto continuo, rechazo del aporte oral de líquidos y distensión abdominal. Al examen, el niño se presenta irritable, quejoso con facies de dolor, abdomen simétrico, francamente distendido, palpación muy dificultosa por tensión de la pared y con RHA disminuidos. Se realiza una Rx de abdomen en la que se aprecia mala distribución del aire con ausencia de gas en hemiabdomen inferior. Ante la presunción de un abdomen agudo se realiza una ecografía abdominal en la que se aprecia un importante globo vesical sin otra alteración anatómica de las vías urinarias. Se asume conducta expectante, inicialmente el paciente orina por rebosamiento y en las siguientes horas recupera micción espontánea. Se realizó uroanálisis con resultados normales y urocultivo negativo. El paciente fue dado de alta a las 36 hs del ingreso en buenas condiciones. Una ecografía posterior al alta mostró vejiga de características normales sin residuo postmiccional. **Discusión:** La retención urinaria aguda secundaria al uso de metoclopramida no figura dentro de los efectos adversos mencionados por el fabricante. En niños ha sido reportado como una reacción distónica inusual producida por la infusión endovenosa continua de esta droga. En la literatura médica solo hay un reporte, en el año 2005, de dos casos en niños (uno de 2 y otro de 4 años) que desarrollaron retención urinaria aguda como efecto adverso de la metoclopramida indicada como antiemético en el curso de una gastroenteritis. Este caso que presentamos confirma que en el tratamiento de la gastroenteritis en niños no se debe emplear la metoclopramida, ya que no solo la eficacia de

esta droga no ha sido demostrada para esta indicación, sino que existe riesgo real de reacciones adversas tales como la distonia, y ahora debemos agregar la retención urinaria aguda.

#### **DOLOR ABDOMINAL, UNA DOLENCIA FRECUENTE CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE ADDISON.**

Zamora P, Rodríguez D, Alconcher L, Marzietti M, Iseppi D, Montero Carrión JC.

Servicio de Pediatría. Servicio de Nefrología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** Dolor abdominal es una consulta frecuente. En la insuficiencia adrenal es recurrente, con pérdida de peso, fatiga y vómitos. Puede haber hiperpigmentación. Las causas de Insuficiencia Adrenal (IA) son primarias o secundarias, congénitas o adquiridas. En la primaria falla la producción gluco y mineralocorticoidea, en la secundaria generalmente la primera. La IA primaria tiene menor prevalencia (90 a 140/10<sup>6</sup>) que la secundaria (150 a 280/10<sup>6</sup>) que suele ser por la suspensión de los corticoides. Las causas son la hiperplasia adrenal congénita (HAC), la autoinmune, TBC y síndromes. El diag. lo hacen la clínica, la hiponatremia, la hiperkalemia, la hipoglucemia, un cortisol bajo, ACTH elevada en la primaria, y baja en la secund. En la urgencia se corrige la TA, la hipogluc e hiponat, luego se aporta hidrocortisona, y fludrocortisona si se asocia hipoadosteronismo. El paciente debe aprender a reconocer los síntomas que requieran ajustar las dosis.

**Objetivo:** presentar un caso de una enfermedad poco frecuente que debe pensarse ante una consulta tan banal como un dolor abdominal recurrente. **Metodología:** V.A. de 9 años consulta por dolor abdominal no quirúrgico, con vómitos, deshidratación. TA 100/60, con un hemograma, glucemia, función hepática y renal normales. Estos dolores son recurrentes desde hace un par de años. **Resultados:** Un nuevo laboratorio da un Na de 128 meq/l, una Natriuria de 80 meq/l, se sospecha IA y se solicita un cortisol, que da 0,93 mg/dl, su TSH y PTH dieron normal. Se atribuía el color de la niña al sol pero refieren que era mas de lo habitual, se sospecha entonces la causa primaria su ACTH da 3030 (h´ 46 pg/ml) la aldosterona da 11(e´ 40 y 310) el SDHEA dio bajo, sus anticuerpos antiislote y antiGAD dieron normales, su PPD dio negativa al igual que el HIV. Su TAC abdominal no revela patología tumoral. Se diagnostica por lo tanto enfermedad de Addison, comienza con hidrocortisona a 20 mg/día, dieta con sal y control clínico y de laboratorio y en 4 meses requirió dos veces de dosis de estrés y este ultimo mes comenzó con fludrocortisona ya **requerido** más líquidos, a tener dolores abdominales y vómitos, su natriuria dio

41meq/l con un volumen urinario de 2800 cc/día. **Conclusiones:** la enfermedad de Addison es una infrecuente patología de la infancia, al igual que nuestra paciente las estadísticas dicen que se suele diagnosticar hasta 10 años luego del inicio de los síntomas, con una media de 2 años. Sería prudente incorporar el pensamiento de esta patología al momento de plantear el abordaje de un paciente con dolor abdominal, y/o vómitos, no olvidando solicitar en el laboratorio un simple ionograma que orientara hacia este diagnóstico.

#### NEFRITIS LUPICA EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS.

Buschiazzo R, Erb A, Melger F, Zamora P, Loto M.

Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una colagenopatía poco frecuente en pediatría. Sus rasgos clínicos abarcan un importante abanico de manifestaciones, con repercusión en varios órganos. Para su diagnóstico existen criterios preestablecidos. La nefritis lúpica (NL) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con LES. El compromiso renal es común. La presentación varía desde una proteinuria leve asintomática hasta una glomerulonefritis rápidamente progresiva, con insuficiencia renal. La NL es un predictor de pobre pronóstico.

**Caso clínico:** Paciente de 5 años de edad, sexo femenino, que ingresa con exantema en cara («alas de mariposa»), no pruriginoso, de aspecto purpúrico, enantema petequeal en paladar y lesiones vasculíticas en extremidades distales en manos y pies. También presentaba fiebre, hipertensión arterial, anorexia, oliguria, livedo reticularis y el antecedente previo de dolor en tobillo izquierdo. Se solicita laboratorio: anemia no hemolítica, prueba de Coombs directa negativa, urea: 1,11 g/l, creatinina: 9,3 mg/l, plaquetas 175.000 mm<sup>3</sup>. Orina completa: leucocituria, hematuria microscópica proteinuria y cilindruria. Se interpreta como síndrome nefrítico, se indica restricción de líquidos y se solicita: proteínas totales: 62 g/l, albúmina 31 g/l, coagulograma normal, VDRL negativa, urocultivo negativo, ASTO normal, C3 y C4 bajos, anticuerpos FAN y antiDna positivos. La proteinuria de 24 hs sin rango nefrítico. La evaluación cardiológica informó un derrame pericárdico grado 1. Para completar los estudios se solicitó estudio de trombofilia, anticuerpos antifosfolípidos, anticoagulante lúcido y anticardiolipinas. Se practicó biopsia renal. Se interpreta como Lupus Eritematoso Sistémico, por el compromiso de la función renal se realizan pulsos de metilprednisolona. **Conclusión:** El LES es una enfermedad rara, de la que se diagnostican anualmente unos 5 casos por millón de niños. Su incidencia es baja

antes de la adolescencia, y excepcional antes de los 5 años de edad. Se observa sobre todo en mujeres en edad fértil, entre los 15 y los 45 años. Las secuelas y la mortalidad se asocian con varios factores de riesgo: edad temprana al diagnóstico, sexo masculino y raza no caucásica (afroamericana, asiática e hispana). La NL no sólo representa la primera manifestación de la enfermedad en el 60-80%, como el caso de esta niña, sino que también determina el pronóstico de los pacientes con LES. El pronóstico de la NL ha mejorado en gran medida en la última década. La tasa actual de supervivencia a los 5 años para los niños afectados varía entre el 78 y el 92% y la tasa de supervivencia renal desde el momento del diagnóstico oscila entre el 44 y el 93%.

#### ACTIVIDAD FÍSICA PARA PACIENTES INTRADIÁLISIS

Wais JM, Fritz N, Stancatti A, Brunet L.

Servicio de Hemodiálisis. Hospital Interzonal. Dr. Jose Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El presente trabajo se basa en la sistematización de una experiencia que se viene realizando desde julio de 2008 en el Servicio de Hemodiálisis del HIGA Dr. José Penna. La misma consiste en brindar a los pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento hemodialítico, la posibilidad de realizar actividad física, durante su sesión de diálisis. El paciente con IRC debe realizar tratamiento hemodialítico tres veces por semana durante cuatro horas, con el fin de eliminar toxinas e impurezas que se encuentran en la sangre, y que no se pueden eliminar a través de los riñones debido a su deterioro. Los sentimientos prevalentes en personas con esta patología son la depresión, disminución de la autoestima, sensación de fracaso (principalmente por la dependencia extrema de su familia y del equipo de salud) y niveles altos de ansiedad. Esto conlleva, sin lugar a dudas a una reducción de la actividad física, entrando en un círculo de deterioro psicofísico. Si bien el reemplazo de la función renal mediante la diálisis controla los aspectos clínicos de la enfermedad, el resto de los problemas descriptos siguen existiendo. **Objetivos:** Es por esto, que una propuesta interesante para mejorar este cuadro, fue incorporar la actividad física intradiálisis, con el fin de mejorar la calidad del tratamiento, apartando al paciente de centrar su atención únicamente en su enfermedad. El proyecto incluye la intervención de una profesora de Educación Física, quien coordina durante media hora una clase de gimnasia a los pacientes, mientras éstos se encuentran realizando su tratamiento hemodialítico. **Conclusión:** Con esta actividad se busca proporcionar una mejoría clínica, mejorando la función cardíaca, muscular y respiratoria, y previniendo

síntomas y enfermedades asociados al paciente hemodialítico. Y una mejoría psicofísica, al acompañar el tratamiento desde una estrategia que «corre» al paciente del simple padecimiento, disminuyendo el malestar y la ansiedad que éste genera, apartando al paciente de centrar su atención únicamente en su enfermedad y reafirmando la idea de que otras partes del cuerpo están sanas y potenciables.

## Salud Mental

### HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN EN EL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Barberio MI.

Sala de Rehabilitación. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso coordinado de metodologías y técnicas tiene por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses, para que una persona con discapacidad alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por afecciones de origen adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas, o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios. En aquellos casos de origen congénito la utilización del término **habilitación** abarca el proceso de enseñanza y **habilitación** de funciones nunca desarrolladas anteriormente por las causas primarias de la deficiencia y discapacidad presentes. **Objetivo:** Difundir las incumbencias de un Lic. en Terapia Ocupacional dentro de un proceso de **habilitación/rehabilitación** en el marco de un hospital general de agudos.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes que ingresaron entre el 1 de septiembre de 2007 al 1 de Septiembre de 2008 al área de terapia ocupacional bajo programas de **habilitación y/o rehabilitación** compartiendo la necesidad de recibir un abordaje que pudiera estimular y favorecer la funcionalidad general (motora, cognitiva, sensorial, social, laboral) y autovalimiento para poder lograr la mayor independencia en las Actividades de la Vida Diaria y su integración al entorno psicosocial. **Resultados:** Todos estos pacientes atravesaron por un período de evaluación que permitió obtener el nivel de funcionalidad de cada paciente, a fin de plantear las líneas de acción terapéuticas más apropiadas. Luego se realizó el proceso de intervención utilizando herramientas terapéuticas en relación a los marcos de referencia utilizados en cada caso, las que favorecen el cumplimiento de los diferentes objetivos de acuerdo a la patología y fase de evolución en que se encontraron los pacientes. Finalizando con un proceso de alta o derivación, para el mantenimiento y seguimiento de los resultados del tratamiento. **Conclusión:** Todo proceso de **habilitación/rehabilitación** en el área de terapia ocupacional en el HIGA «Dr. José Penna», tiende a favorecer el desarrollo de habilidades funcionales ausentes o perdidas en pacientes con discapacidad primaria o adquirida dentro de un marco de atención de la urgencia y primeras etapas

de los protocolos de **habilitación-rehabilitación**, favoreciendo posteriores derivaciones.

### LA URGENCIA SUBJETIVA DENTRO DEL CAMPO SEMÁNTICO DEL PSICOANÁLISIS

Carballo Pozzo Ardizzi H.

Servicio de Salud Mental. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** el siguiente trabajo es un intento de pensar la función del psicólogo y los fundamentos de su accionar en una guardia general; dentro del marco teórico (psicoanalítico) que fundamenta la práctica clínica concreta en este hospital. **Objetivos:** definir lo que para el psicoanálisis configura una urgencia (urgencia subjetiva). Y evaluar la validez de este concepto dentro de la teoría psicoanalítica. **Método:** Revisión bibliográfica. **Resultados:** En la bibliografía consultada se trata de definir la «urgencia subjetiva» de diversas maneras y ninguna termina de ser satisfactoria, a lo largo del trabajo se intenta resaltar las semejanzas entre las diferentes definiciones. Para finalmente proponer una definición también insatisfactoria que legitime las intervenciones del psicólogo ante una urgencia. En último lugar se analiza el rol del psicólogo ante una urgencia en función de las definiciones consideradas. **Conclusión:** la urgencia subjetiva sería entendida entonces como una ruptura en la cadena significativa ante la cual el sujeto, en base a su estructura y otras variables, responderá de maneras fenoménicamente diversas: acting – out pasaje al acto, entre otras. Que será leída como tal por parte de un psicoanalista y en la cual se amalgaman en la inmediatez los diferentes tiempos lógicos. La función del psicólogo será permitir la producción discursiva que reinstale la dimensión temporal en el sujeto.

### PAYAMÉDICOS EN EL HOSPITAL INTERZONAL «DR. JOSÉ PENNA».

Grupo de Payamédicos de Bahía Blanca.

**Objetivo:** dar a conocer que se está realizando en el H.I.G. «Dr. José Penna» el curso de formación para Payamédicos con la intención de poder llevar a cabo este proyecto en algunos de los servicios del mismo. **¿Qué es Payamédicos?** Es una Asociación Civil sin fines de lucro creada en el año 2003. Sus fundadores son el Dr. José Pellucchi y la Lic. Andrea Romero. Su misión es contribuir a la salud emocional del paciente hospitalizado. Para tal fin utilizamos recursos psicológicos y artísticos relacionados con juegos, música, teatro, técnica de clown, magia y el arte humorístico en

general. El grupo está coordinado y supervisado por médicos y psicólogos con amplia experiencia en niños y adultos internados por diversas patologías orgánicas. **¿Quiénes son los Payamédicos?** Son profesionales del área de la salud: médicos, psicólogos, estudiantes de medicina, carreras afines y artistas que trabajan en forma voluntaria en diferentes hospitales del país, realizando un abordaje escénico terapéutico de los pacientes hospitalizados. **¿Qué y cómo lo hacemos?** La individualización, privacidad y especialización de sus intervenciones requieren de la información que brindan los equipos médicos que incluyen: nombre y edad del paciente, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, situación anímica del paciente y su familia. El trabajo se realiza al lado de la cama del paciente. Siempre se le pide consentimiento para su intervención, nunca se trabaja por imposición. En pacientes con internaciones prolongadas se realiza un seguimiento teniendo en cuenta sus necesidades, las de su familia y del equipo médico asistencial. Los Payamédicos están preparados para garantizar el respeto y la confidencialidad que requiere el medio sanitario y el hospitalario en particular. Para tal fin se han formado en el dominio de tres áreas estrechamente relacionadas: artística, psicológica y su adaptación al medio hospitalario. **¿Para qué lo hacemos?** -Contribuir a la salud emocional del paciente hospitalizado. -Desdramatizar el medio hospitalario. -Ofrecer momentos de distracción, recuperando los aspectos sanos de la persona que está hospitalizada. -Lograr mayor participación de los familiares y del equipo médico. -Mejorar la relación médico-paciente. -Como efecto catártico que facilita el proceso de elaboración de la situación traumática de la hospitalización. **¿Dónde intervenimos?** El trabajo se realiza en las salas de internación, terapia intermedia e intensiva, pasillos, salas de espera, prequirófano, salas de recuperación postquirúrgica, en las habitaciones de los pacientes, durante estudios o procedimientos médicos dolorosos e invasivos o donde lo solicite el equipo médico. En este momento Payamédicos trabaja con niños y adultos en diferentes servicios de los hospitales: Gastroenterología Bonorino Udaondo, Clínicas José de San Martín, Teodoro Alvarez, Hospital Francisco Muñiz, Sor María Ludovica de la Ciudad de La Plata, Bouquet Roldán en la Ciudad de Neuquén.

#### **EL CHAT (CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS) COMO INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE INDICADORES DE RIESGO DE AUTISMO Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN LA POBLACIÓN INFANTIL**

Barberio MI.

Sala de Rehabilitación. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) es un cuestionario para determinar posibles casos de niños con autismo en la exploración evolutiva rutinaria de los 18 meses por parte de médicos u otros profesionales del área de la salud. Puede utilizarse en niños desde uno a dos años de edad, siendo los dieciocho meses la edad exacta de administración. **Objetivo:** mostrar cómo utilizar este instrumento que tiene por finalidad detectar y llamar nuestra atención sobre niños y niñas que presentan algunos síntomas que pudieran ser indicativos del desarrollo posterior de un trastorno del espectro autista y que, por tanto, deberían ser sometidos a un seguimiento más pormenorizado de su desarrollo. **Materiales y Métodos:** descripción del test y formas de administración. Valoración de la importancia en la detección precoz en poblaciones de riesgo. **Conclusión:** Actualmente, la edad promedio de detección del autismo es 3 años. El estudio llevado a cabo por Baron-Cohen y sus colaboradores en 1992 pretende establecer si es posible detectar el autismo a los 18 meses de edad. Es especialmente importante para aquellos niños de alto riesgo. En general, el desconocimiento por parte de los profesionales médicos y no médicos acerca de esta problemática, unido a la baja frecuencia del trastorno y a la dificultad para detectar síntomas de autismo en una revisión normal a edades tan tempranas tiene como consecuencia la detección tardía del autismo. A través de un diagnóstico temprano está comprobada la mayor efectividad de los diferentes tratamientos establecidos para este tipo de problemática, por lo tanto el diseño y aplicación de instrumentos que favorezcan la detección temprana del autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo sería de vital importancia tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico.

## Índice por autor

Aggio M	16	Di Paolo H	16, 16
Agriello E	16	Ditondo J	22
Alconcher L	30, 31, 32, 33	Donari JD	25, 25, 25, 27, 27, 27, 30
Alonso Martín P	7, 7	Echegaray A	11, 11, 11
Álvarez C	5, 5, 30	Echevarría G	16
Antonietti M	8	Enríquez A	11, 11, 11
Arrendó M	25, 27	Erb A	25, 27, 30, 34
Audisio JL	22	Facchinetti MM	19, 20
Barberio MI	36, 37	Facchini JM	25, 27
Barca D	8	Fainstein D	8
Barrio J	6	Fermento ME	19, 20, 20, 21
Bartomioli M	16	Fernandez V	16
Bayón MN	24	Fioramonti N	8
Becerra H	13, 13, 14, 14, 15, 15	Fiore L	20
Benozzi S	5, 5, 13, 30	Fittipaldi TN	17
Bigurrarena R	30	Flores C	13, 13, 14, 14, 15, 15
Blasco JA	4	Flores O	13, 13, 14, 14, 15, 15
Bonacorsi E	14, 14, 15	Fritz N	34
Bonacorsi SM	13, 13, 15	Frizza J	8
Bonavento SM	31	Fuentes C	17
Borelli R	8	Gabbarini JP	22, 24
Boschero P	8	Galván E	14, 15
Brandt M	16	Gamero MC	7
Brescia S	23	Gandini NA	19, 20, 20
Brunet L	34	Garat C	22
Budassi N	6	Garbiero S	16
Buitrago Salassa CA	4	Gentile M	23
Busca JL	7, 7	Gerbi D	23
Buschiazzo R	25, 25, 27, 27, 30, 31, 34	Giacomolli S	17, 17
Caferrri H	16	Giacone A	23, 25, 25, 27, 27, 30
Cambi V	19	Gigola G	19
Carballo Pozzo Ardizzi H	36	Giménez F	7
Cardozo C	21	Giordano F	9, 9, 10, 16
Cardozo Castro MC	20, 20	Gómez Echeverría G	5, 5
Carminatti U	22	Gómez Giménez E	11, 11, 11
Carotti E	22	Gómez L	22, 23
Carra TX	17, 17	González M	29
Casatti MG	17, 17	González ML	17, 17
Casteglioni C	31	González Yebra A	32, 33
Castro MC	24	Grosella M	31
Cocciaretti E	9, 9, 10, 16	Grupo Payamédicos B.Bca.	36
Compagnoni W	23	Gutiérrez M	17
Couto M	23	Iseppi D	25, 27, 33
Cristino A	8	Jouffre G	13, 13, 14, 14, 15, 15
Curino AC	19, 20	Jugo M	32
Curvetto N	21	Junquera LY	17, 17
Dantagnan F	30	Korsunsky R	32
De Las Flores MC	20, 20, 21	Kriplianski E	9, 9, 10, 16
De Pedro S	13, 13, 14, 14, 15, 15	Lang C	19
Delgado E	32	Laura E	29, 29
Delmastro S	21	Lespi P	4
Devia D	25, 27	Llamas VM	23

Lopez A	23	Santarelli LA	7, 7
Loto M	34	Scardapane S	32
Lucarelli L	25, 27	Serralunga G	29
Martín A	29	Severini M	9, 9, 10, 16
Martínez CL	17, 17	Sola MO	13, 13, 14, 14, 15, 15
Martínez PA	16	Stancatti A	34
Martínez V	29	Stefanazzi VA	22, 24
Martorelli J	33	Strazzere A	16
Marzialetti M	13, 13, 14, 14, 15, 15, 33	Taboada M	29
Matoso M	32	Toledo F	8
Medori AH	7, 7	Turano F	19
Melatini GA	19, 20, 20, 21	Ullua NP	19, 20, 20, 21
Mele J	8	Vacchino M	29
Melger F	34	Vaylet S	17
Mendondo V	29	Vercesi N	9, 9, 10, 16
Meneguzzi MB	30, 31	Viglianco PR	17, 17
Montero Carrión JC	33	Villafaña V	4
Muller U	11, 11, 11	Villalba R	29
Muñoz Mezzavoce A	32	Wais JM	34
Muñoz MG	17, 17	Wisniowski C	9, 9, 10, 16
Musali R	29	Yañez L	29
Navas CG	23	Zamora P	25, 27, 33, 34
Navas CP	23		
Onetto L	6		
Ontivero M	8		
Otero Muñoz O	7, 7		
Panelli E	4		
Panis K	29		
Panzitta C	29		
Paz M	29		
Peluffo G	25, 27		
Pennacchiotti G	5, 5, 30		
Peralta Repp M	29		
Pérez Betti S	8		
Pérez J	21		
Perez JE	19, 20, 20		
Pérez Verdera P	21		
Perruzza F	5		
Pettinari P	17, 17		
Piaggio L	31		
Picorel J	11, 11, 11		
Plunkett R	9, 9, 10, 16		
Postemsky P	21		
Ramallo G	6		
Rigalli A	20		
Rigoni O	8		
Rizzo MS	17		
Rodríguez D	25, 27, 33		
Rolando L	7		
Romero A	8		
Roumeque L	16		
Ruppel N	29		

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA

Secretaría y Redacción: Asociación Médica de Bahía Blanca - Castelli 213 (B8000AIE)-Bahía Blanca  
prensa@ambb.com.ar - <http://www.ambb.com.ar>

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

Revista de la AMBB, es el órgano oficial de difusión de la Asociación Médica de Bahía Blanca. En ella se invita a publicar a todos sus asociados y a profesionales de ramas cercanas a la medicina. Es una publicación trimestral que acepta trabajos inéditos. De no ser así, los autores deberán contar con el consentimiento de los directores de ambas revistas. El director a cargo de la segunda revista deberá tener un ejemplar de la primera publicación. El Comité Editor se reserva el derecho de juzgar los trabajos y remitirlos a árbitros anónimos e imparciales designados para cada caso, así como de efectuar correcciones literarias o de estilo.

### Normas Generales de Publicación:

Las indicaciones para la preparación de los manuscritos se han adecuado a los requerimientos establecidos por el *International Committee of Medical Journal Editors* (N Engl J Med 1997; 336:309-15). Los manuscritos serán escritos en español, a doble espacio, en páginas sucesivamente numeradas, en el ángulo superior derecho, tipo UNE A4 (210x297 mm). Serán enviados a la Sección Prensa de la AMBB (Prof. Dra. Marta Roque, Castelli 213, 8000 Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina), acompañados por un disquete correctamente etiquetado, con dirección electrónica del primer autor. Se acepta la sugerencia de dos árbitros que evalúen el trabajo presentado. En la primera página, deben figurar: título del artículo, nombre y apellido de los autores, dirección completa y dirección para la correspondencia. El envío de un trabajo deberá ser acompañado por una nota firmada por todos los autores, con la indicación de la sección a que corresponderá el manuscrito.

**Ética.** Cuando se describan los métodos efectuados sobre pacientes indicar que todos los procedimientos siguen las pautas éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1975). Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos, 52<sup>o</sup> Asamblea General de Edimburgo. Año 2000.

**Protección de la privacidad del paciente.** Los pacientes tienen derecho a la privacidad y no podrá ser infringida. Los autores deberán incluir el consentimiento escrito de pacientes o familiares. En su defecto incluirán por escrito que este requerimiento se ha cumplido. Toda información que identifique al paciente (nombres, iniciales, información escrita, fotografías, imágenes) no deberá ser publicada a menos que dicha información sea esencial para el trabajo científico.

Informar por escrito el consentimiento de todos los autores sobre el contenido del manuscrito. Informar los datos del autor responsable de la revisión y aprobación final del manuscrito (nombre, dirección, teléfono).

Cuando se trate de estudios multicéntricos, los participantes deberán figurar como autores debajo del título o bien al pie de página. Cuando no respondan a ese criterio, serán mencionados en «Agradecimientos». Cuando se describan los métodos efectuados sobre pacientes, deberá precisarse que ello fue posibilitado por el consentimiento informado de aquellos. Las tablas serán numeradas, en caracteres romanos, tituladas y en

hoja aparte. Las figuras serán presentadas en blanco y negro (dibujos o fotografías). Serán numeradas en caracteres arábigos, al dorso y con una leyenda explicativa, en hoja aparte. La bibliografía correspondiente a todo tipo de sección será presentada en hoja aparte. Las citas serán numeradas por orden de aparición en el texto e incluirán todos los autores, cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de *et al.* Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo del *Index Medicus*, para lo cual se puede consultar la *list of Journals Indexed*, o a través de internet: <http://www.nlm.nih.gov>.

Se deberán adaptar las referencias a los publicados en los requisitos de uniformidad (N Engl J Med 1997;336:309-15). A su debido tiempo, se enviarán a los autores las pruebas de imprenta para su corrección. Éstas deberán revisarse con premura y ser devueltas al Editor. Toda demora obligará a postergar la publicación del trabajo presentado.

Trabajos aceptables para su publicación:

Artículos originales: deben incluir :

- Resumen en el idioma del texto y en inglés, con no más de 250 palabras, sin tablas ni figuras; en la misma página, se anotarán 3-6 palabras clave;
- Introducción que incluya antecedentes y propósito del trabajo;
- Materiales y métodos, con suficiente información como para reproducir los experimentos u observaciones;
- Resultados, expresados sucintamente y sin repetir los detalles en tablas y figuras, y viceversa. Las imágenes deberán ser enviadas en formato TIF (blanco y negro) con una resolución de 600 dpi o superior;
- Discusión, la que debe comentar los resultados y no, recapitarlos;
- Bibliografía.

Adelantos en medicina y artículos especiales: tratarán temas cuya actualización resulta pertinente y deberán fundamentarse en una actualizada revisión bibliográfica.

Comunicaciones breves: corresponden a resultados preliminares, que por su interés merecen difusión temprana. No podrán exceder ocho páginas. Se prescindirá de las subdivisiones, aunque manteniendo la secuencia habitual, con hasta quince referencias y no más de dos tablas o figuras.

Casuística: formada por introducción, caso clínico y discusión, en un manuscrito que no exceda las ocho páginas y dos tablas y figuras, con no más de quince referencias.

Ateneos de Casos Clínicos de Actualización continua: formada por introducción, descripción del caso clínico, discusión y conclusiones.

Imágenes de medicina: no necesariamente excepcionales, pero sí ilustrativas y acompañadas de una leyenda explicativa. No deberán exceder, en su conjunto, la superficie de la página impresa.

Editoriales: están a cargo del Editor responsable, del Comité de Redacción o bien de profesionales invitados especialmente.

Cartas al Editor: son comentarios respecto de artículos aparecidos en la revista. No excederán las tres páginas y pueden incluir una tabla o figura, y hasta seis referencias.