

Editorial

El presente número de la revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca contiene los resúmenes de los trabajos presentados en las IV Jornadas Científicas del Hospital Interzonal de Agudos “Dr. José Penna”. Este año se han desarrollado bajo la advocación del Dr. Juan Carlos Plunkett, recientemente fallecido y como justo homenaje a su labor en la organización de estas Jornadas desde las primeras que se realizaran hace cuatro años.

Del recorrido de los títulos surgen dos evidencias satisfactorias y estimulantes: el buen nivel de las presentaciones y la presencia de colaboraciones originadas en otras instituciones médicas de la ciudad.

La ciencia progresa, casi siempre, sobre la base de pequeños y a veces imperceptibles pasos. También necesita de intercambio, o hibridización si se quiere, entre las personas que buscan la verdad a través del conocimiento científico.

Hacemos votos para que las Jornadas del Penna se repitan y para que los otros hospitales también las repitan o las empiecen a desarrollar. Y desde nuestra función, para que la revista sea el órgano de difusión de lo que en ellas se exponga y se discuta.

M.C. Aggio

**CATETERES PERCUTANEOS.
NUESTRA EXPERIENCIA
Romaniello, Héctor; Lutkevicious,
Claudia; Jacobi, Noemí (*)**

Los avances en la terapia intensiva neonatal han mejorado la sobrevivencia de bebés cada vez más pequeños lo que trae aparejada la necesidad de mantener vías permeables por mayores períodos de tiempo, con la consecuente dificultad de obtener accesos vasculares centrales debido al tamaño y peso de estos RN.

La técnica de colocación de percutáneos (PC) es utilizada en las unidades de cuidados intensivos neonatales desde hace algunos años y consiste en la introducción de un catéter de silastic fino a través de una aguja Butterfly avanzando hasta una posición central, constatada luego por una radiografía con sustancia de contraste hidrosoluble.

El objetivo de este trabajo es evaluar: tiempo de duración de los catéteres, lugar de colocación y relación con la duración, edad y peso en relación con la duración y el motivo de remoción.

En el período que va desde 1/4/95 hasta el 20/7/95 ingresaron en el estudio 62 recién nacidos (RN) cuya edad gestacional (EG) promedio fue de 36,1 semanas. El promedio de días al momento de la colocación del PC fue de 17,3 días y la duración promedio del catéter fue de 9,991 días; siendo 10,9 días en los menores de 1500 g y de 8,3 días en los más de ese peso. El sitio de colocación más utilizado fue el miembro superior en el 59,6% (37/62) de los RN y la causa más frecuente de remoción fue por infiltración en el 25,8%. Se encontraban en posición central el 75,8% (47/62) de ellos. Las complicaciones halladas fueron: retiro del catéter por sospecha y luego confirmación de colonización 4,8% (3/62), flebitis 1 (1,61%) y trastornos del ritmo cardíaco y apnea por ubicación en corazón del catéter en un caso. Concluimos que el método de colocación de PC ofrece una alternativa más segura y económica que las canalizaciones quirúrgicas. La duración es marcadamente mayor que la de las venoclistas habituales (Abbocat-Butterfly). Observamos que ello está en relación al menor peso, al intervalo de curación y al cuidado de enfermería. La duración más prolongada de estas vías evita el estrés por venopunturas reiteradas, lo

que brinda mayor confort a estos pequeños pacientes.

(*) Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

**INFORME PRELIMINAR ECONOMICO-
PRESTACIONAL DEL
SERVICIO DE QUIROFANOS
Szpigiel, Eduardo (*)**

Se presenta un informe económico-prestacional preliminar sobre la actividad de los quirófanos de un Hospital Interzonal durante el año 1994. Se detallan aspectos de la infraestructura humana, edilicia y de aparatología con la que se cuenta. Durante el lapso, fueron realizadas 3.762 intervenciones quirúrgicas, 1.217 (32%) operaciones mayores; 1.621 (43%) de mediana complejidad y 924 (25%) de cirugía menor. La anestesia general fue necesaria en 2.003 casos (53%), la raquídea/peridural en 715 (19%) y el resto (28%) se llevó a cabo con anestesia troncular, regional o local.

Un total de 1.284 (34%) pacientes ingresaron por el Servicio de Emergencias, 480 (13%) por Consultorio Externo y se operaron 1.997 (53%) internados.

El servicio de Cirugía General realizó 927 intervenciones, Emergencias 703, Obstetricia 567, Ortopedia y Traumatología 332, Cirugía Pediátrica 304 y Cirugía Plástica 243, distribuyéndose el resto (684) entre otras especialidades. Las operaciones de cirugía mayor costaron \$ 385 de promedio, las de mediana complejidad \$ 345 y las de menor complejidad \$ 288.

Se concluye destacando la subutilización del Hospital desde esta óptica, la necesidad de replantear la actividad quirúrgica siguiendo lineamientos más modernos (cirugía ambulatoria) y realizando intervenciones de cirugía mayor preferentemente, ya que las intervenciones menores tienen un costo elevado por la complejidad del establecimiento. Por último se indican vías de solución para el logro de una relación costo/beneficio más adecuada, como son la provisión en tiempo y forma de insumos y medicamentos, la extensión y reprogramación ho-

raria, cambios mínimos en la infraestructura edilicia y humana y la planificación y coordinación con efectores de menor complejidad.

(*) Servicio de Cirugía del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

ALTA PROBABILIDAD DE EMBOLIA DE COLESTEROL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Caplan, José; Vilariño, Eduardo; Kaiser, Bernardo; Fainstein, Daniel; Gelardi, Guillermo; Rodríguez, Marcelino; Casas, Pablo (*)

Paciente de 74 años de edad que en buen estado de salud presenta brusca paraparesia, con deterioro hemodinámico, caracterizado por livideces de abdomen y miembros, presencia de pulsos femorales y distales, con recuperación de estado circulatorio en 12 hs.; no así lo neurológico (nivel sensitivo D5). Antecedentes de vasculopatía arterioesclerótica, HTA, diabetes tipo II, by pass íleo femoral izquierdo hace 5 años. Se le realizaron estudios: ecografía abdominal, arteriografía aórtica, RMN de columna; los resultados no fueron diagnósticos. La ecocardiografía transesofágica mostró el endotelio despulido con características de "placa vacía" -placa ateromatosa que perdió su contenido, originando la embolia distal. Presentó lesiones en piel simil vasculíticas que se biopsiaron, procesadas tardíamente con resultado inespecífico.

La reiteración de los síntomas lleva a la toma de conducta quirúrgica, realizándose by-pass áxilo-fémoro-femoral. La evolución fue favorable.

Este síndrome reconocido desde 1945, se presenta en forma espontánea en la mayoría de los casos, para esto es necesario un alto índice de sospecha y conocimiento de la afección. En centros donde se realizan cateterismos suele verse ocasionalmente como complicación de los mismos.

(*) Servicios de Ecocardiografía y de Terapia Intensiva del Hospital Privado del Sur. Las Heras 164. Bahía Blanca

SINDROME DE HIPOVENTILACION CENTRAL CONGENITO

Garat, César; Deguer, Carlos; Vecchi, Carlos; Teplitz, Eduardo; González Yebra, Angel; D'Agostino, Marta; Bonino, Oscar; Alvarez, Rubén (*)

Introducción: Es la presencia de hipoventilación de origen central en ausencia de enfermedad pulmonar o neuromuscular, fundamentalmente en relación con el sueño. Con el consiguiente aumento de la presión parcial de dióxido de carbono y la caída en la saturación de la hemoglobina, sin que ocurra despertar ni respuesta ventilatoria por parte del paciente a pesar del estímulo asfíctico.

Caso Reportado: Ignacio I, es un varón nacido de parto espontáneo, 40 semanas, 3420 grs. Madre de 35 años, G5 P4, embarazo controlado, sin antecedentes familiares de importancia, Apgar 2/8, reanimado con bolsa y máscara. El primer día de vida el RN estaba pálido, hipotónico, sin enfermedad pulmonar, frecuencia respiratoria 36 por minuto. En el curso del segundo día de vida, el bebé mejoró espontáneamente su tono y actividad, pero comenzó con apneas sin bradicardia que requirieron intubación intratraqueal y ventilación mecánica. Desde ese momento al presente cada intento de destete y extubación fueron fallidos debido a que el paciente no pudo mantener una adecuada ventilación espontánea y desarrolla hipoxia e hipercarbia especialmente cuando está durmiendo. La polisomnografía muestra apneas e hipopneas con simultáneas hipoxemias e hipercapnias durante el sueño profundo. Tiene 6 meses y 15 días con traqueostomía en ARM. Prealta hospitalaria para continuar con ventilación asistida domiciliaria.

Discusión: El síndrome de hipoventilación central congénito es una enfermedad no progresiva que afecta primariamente el control neuromuscular central de la respiración durante el sueño. Numerosas son las enfermedades que producen insuficiencia respiratoria crónica dependientes de ventilación mecánica y tecnología, pero excepcionales las que afectan el control respiratorio como el síndrome de hipoventilación central congénito o síndrome de Ondine; sólo se han reportado 65 casos. Otros problemas fisiopatológicos pueden aparecer como fallo cardíaco, convulsiones y alteraciones del de-

sarrollo psicomotor, secundarios al defecto primario o por manejo inadecuado. Los infantes se presentan con cianosis, apneas e hipopneas precoces, acidosis respiratoria, todo reversible con asistencia respiratoria. Sin ventilación mecánica durante el sueño, la hipoventilación alveolar resulta en fallo respiratorio con hipoxemia e hipercapnea, produciendo muerte temprana. El tratamiento farmacológico, para estimular la respiración o el centro respiratorio no ha dado resultado. Los pacientes tratados con ventilación mecánica y/o marcapasos diafragmáticos tienen mejor pronóstico. Se han descrito patologías asociadas como enfermedad de Hirschprung, ganglioneuroma y neuroblastoma. Las autopsias no muestran alteraciones estructurales, lo que sugiere anomalías subcelulares o de los neurotransmisores. El seguimiento a largo plazo y pronóstico va a depender de un diagnóstico precoz y tratamiento con ventilación mecánica. Con un adecuado soporte ventilatorio durante el sueño, las complicaciones secundarias a injurias hipóxicas recurrentes, pueden ser evitadas y un crecimiento y desarrollo adecuados pueden ser anticipados. El niño reportado tiene 6 meses y 15 días, se encuentra traqueostomizado, con ventilación mecánica durante el sueño, presenta un crecimiento y desarrollo neurológico y madurativo normales. El tratamiento se continuará con la familia en el hogar.

(*) *Servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca - Neurológico Infantil, Bahía Blanca*

TUTORES EXTERNOS **Vega, Ema; Fernández, Susana; Haedo, Verónica (*)**

Introducción: La inmovilización de fracturas por fijación externa. Este tratamiento provee fijación de los huesos largos, donde otros métodos no tienen acceso. Permite un tratamiento agresivo y simultáneo del hueso y tejido blando, facilitando el movimiento proximal y distal del miembro con el consecuente retardo en la aparición de edemas y fibrosis articular y una pronta movilización del paciente.

Métodos y material: Los tutores que se utilizan en el servicio de traumatología son barras laterales

y circulares. En los tutores externos de barras laterales se utilizan clavos roscados y en los circulares se colocan clavijas. Dentro de los tutores externos hay diferentes marcas y calidades pero los que se usan son los de origen "Cubanos". Los clavos y las clavijas son de acero inoxidable.

Cuidados a tener en cuenta: Los tutores externos no deben comprimir la zona afectada; ver tipo de secreciones en zona de clavos; coloración de la piel; movilización del pte.; ejercitación precoz, bajando al pte. de su cama del lado del tutor. Evitar trombosis; control de signos vitales. Fundamentalmente la temperatura. Controlar que las clavijas estén fijas. En el servicio de Ortopedia y Traumatología se colocaron tutores externos durante el período 1994-1995; 3 ptes. con tutores externos circulares; en 2 ptes. tutores externos laterales.

Se retiran los tutores externos a los 6 meses aproximadamente si no hay complicaciones.

Conclusión: La mayoría de los ptes. se retiraron a sus casas con el tutor externo a los 20 días regresando a los 6 meses para la extracción del mismo.

(*) *Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

DISECCION AGUDA DE AORTA TORACICA **Arias, Oscar; Zuain, Myrna; Sierra, Fernando; Lasdica, Sergio (*)**

Introducción: La disección aguda de aorta torácica (DAAT) es una afectación asociada habitualmente con HTA y arterioesclerosis, más frecuentemente entre los 50 y 60 años de edad. Es un evento que requiere un diagnóstico de certeza y tratamiento urgente por el mal pronóstico que implica la evolución natural.

Objetivos: Evaluar los antecedentes, las manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y el tratamiento realizado en los casos de DAAT hallados en el Servicio de Terapia Intensiva del H.I.G.A. "Dr. José Penna", desde agosto de 1994 hasta la actualidad.

Material y métodos: De las 771 internaciones que se registraron en este período se hallaron 6

casos (0,77%), 4 (66%) eran de sexo masculino y 2 de sexo femenino, las edades oscilaron entre los 45 y 78 años, siendo la edad promedio de 58 años. Los antecedentes más importantes fueron HTA en 4 (66%) pacientes y obesidad en 2 pacientes.

La sintomatología más frecuente fue dolor retroesternal e interescapular y trastornos con los pulsos periféricos (66%), insuficiencia aórtica (50%) e insuficiencia cardíaca (33%). En cuanto a los estudios realizados los 6 tenían Rx de tórax siendo representativa en un 50%; 3 tenían realizado ecocardiograma transtorácico (ETT); en 4 pacientes se realizó TAC; 5 fueron estudiados con ecocardiograma transesofágico (ETE) y en 4 pacientes se realizó CACG. Todos fueron sometidos a tratamiento médico y 5 de ellos sometidos a tratamiento quirúrgico.

Resultados: coincidiendo con la literatura la DAAT se presentó con mayor prevalencia en personas del sexo masculino y entre los 50 y 60 años (Edad promedio: 58 años). En los casos que se utilizaron ETT y TAC como métodos de diagnóstico debieron utilizarse otros procedimientos para obtener el diagnóstico de certeza (ETE y/o CACG). Tres (3) casos fueron DAAT Tipo "A"; 2 DAAT Tipo "B" y 1 presentaba hemorragia de la pared aórtica con dilatación. Los tres (3) pacientes portadores de DAAT T "A" presentaban insuficiencia aórtica. A pesar del tratamiento médico-quirúrgico (5 pacientes) la mortalidad fue elevada, cuatro (4) pacientes fallecieron (66%).

Conclusión: (1) Debe descartarse DAAT en todos los pacientes que presenten dolor retroesternal e interescapular, más aún si se asocia con trastornos de los pulsos periféricos. (2) El método de diagnóstico por su sensibilidad y especificidad es el ETE, produciéndose gastos innecesarios al utilizarse otro método lo que origina aumento de las posibilidades de mortalidad y el mal pronóstico en el paciente. (3) La presencia de dolor retroesternal e interescapular asociado con trastornos en los pulsos juntamente con la presencia de un soplo de regurgitación aórtica, sin signos de IAM en curso debe hacer sospechar la presencia de DAAT T "A", debiendo comenzarse tratamiento inmediato para luego derivar el paciente para su estudio y tratamiento quirúrgico de urgencia debido al mal pronóstico que tiene este tipo de afectación en particular. (4) Una vez realizado el diagnóstico debe

derivarse inmediatamente el paciente para la realización del tratamiento quirúrgico ya que a pesar de la instauración inmediata del tratamiento médico la mortalidad fue elevada (66%).

(*) Servicio de U.T.I. y Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

ANGIOPLASTIAS DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS

Alvarez Iorio, Carlos; Ordoñez, Fernando (*)

Objetivos: Evaluación retrospectiva de las características clínicas y los resultados intrahospitalarios en 5 pacientes sometidos a angioplastia de troncos supra-aórticos.

Población: Se dilataron 7 arterias en 5 pacientes con edad media de 71 años (69-73) todos del sexo masculino con antecedentes personales de hipertensión arterial (4), dislipémicos (2), tabaquismo (4), diabetes (1), ataque isquémico Cerebral transitorio (4), endarterectomía carotídea (1), EPOC (1), Gota (1) y cardiopatía isquémica (1).

La sintomatología correspondía a síndrome de isquemia de fosa posterior (2 pts.), síndrome de isquemia de fosa posterior y anterior asociadas (2 pts.) y síndrome de fosa anterior (1 pts.). Las lesiones estaban localizadas en la arteria subclavia derecha proximal (3 pr), arteria subclavia izquierda proximal a la arteria Vertebral (2 pr), arteria vertebral izquierda (2 pr). Todos los pacientes excepto uno tenía lesiones concomitantes en otros vasos extra craneanos: subclavia contralateral (3), carótida contralateral (2), carótida ipsilateral (1), vertebral contralateral (1). En 2 casos hubo como procedimiento asociado la colocación de 2 Stent (vertebral y subclavia).

En 6 casos se utilizaron 2 vías de abordaje combinadas (braquial y femoral), en un caso sólo se usó la vía femoral. El diámetro máximo de balón utilizado osciló entre 3,5 mm en las dos dilataciones vertebrales y 8 mm en las 5 arterias subclavias.

Resultados: De los 7 procedimientos realizados (arterias dilatadas) hubo 6 éxitos angiográficos y 1 fracasó (obstrucción total de arteria subclavia izquierda que no pudo ser atravesada). No hubo

complicaciones mayores y como complicaciones menores se registraron 1 TIA (con restitución ad integrum) 1 hematoma inguinal pequeño y 1 trombosis de la arteria Braquial que requirió reparación quirúrgica sin consecuencias. En todos los pts. hubo éxito clínico con mejoría (2 pts.) y/o desaparición de la sintomatología (3 pts).

Conclusiones: 1) Se observó una alta tasa de éxito clínico y angiográfico sin complicaciones mayores en 7 procedimientos de angioplastia de vasos supra-aórticos realizados en una población añosa con sintomatología neurológica grave, portadores de lesiones críticas con compromiso concomitante en todos los casos excepto uno de los otros vasos del cuello extra craneanos. 2) La angioplastia de los vasos supra-aórticos es un método de revascularización de relativamente fácil realización por Hemodinamistas Intervencionistas experimentados, de baja morbimortalidad y menor complejidad que otros procedimientos alternativos de revascularización.

(*) Hospital Privado del Sur. Las Heras 164. Bahía Blanca

COAGULOPATIA EN PACIENTES CRITICOS. TRABAJO PRELIMINAR **Sierra, Fernando; Zuain, Myrna; Silio, Julio; Brandt, Martín; Menghini, Norberto; Garbiero, Susana; Tafetani, María (*)**

Introducción: La coagulopatía por consumo se asocia frecuentemente a estados de hipoperfusión severos. En este estudio intentaremos relacionar el estado clínico con las determinaciones bioquímicas y la evolución de los pacientes.

Material y métodos: pacientes críticos (Hipoperfusión Tisular) internados en nuestro Servicio desde 1993. Determinación de TP, KPTT, plaquetas, Dimero D, PDF (Producto de degradación del Fibrinógeno) y estado ácido-base arterial, análisis estadístico en base a Kruskal-Wallis, Logit y Fischer.

Resultados: Se estudiaron 16 pacientes. 81,35 (13) mujeres; 18,8% (3) varones. La edad promedio: 41,5 (20-70). El promedio de estadía: 9,8 (3-23). El 56,3% (9) sobrevivieron, 43,7% (7) restantes fallecieron. 13 presentaron plaquetopenia (<

100.000) y 11 de los mismos PDF > 20 (P: 0,017). De los 11 con plaquetopenia 6 fallecieron (P: 0,23). La relación entre plaquetopenia, PDF > 20 y KPTT alterado con sangrado fue significativa (P < 0,05). No ocurrió lo mismo con el TP (P > 0,05). El análisis LOGIT, encontró relación significativa entre el laboratorio y el sangrado clínico.

Discusión: Para llegar a conclusiones válidas es necesaria una muestra más amplia. Estos resultados permiten sugerir que podríamos descartar alguna prueba analítica (TP). Con el aporte del análisis LOGIT podríamos predecir el sangrado en base a los valores de plaquetas, PDF y KPTT.

(*) Servicios de Terapia Intensiva y Hematología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

DERMATOMIOSITIS ASOCIADA A HEPATITIS AUTOINMUNE **Casella, Pablo; Kowaliszyn, Rubén; Ramallo, Germán; Silio, Julio; Basílico, Silvina; Pascual, Mariela; Wisniowski, Carlos; Cragno, Alejandro (*)**

La Dermatomiositis es una enfermedad del tejido conectivo que se manifiesta por una miopatía inflamatoria idiopática acompañada por una erupción cutánea característica. Afecta con predominio en mujeres y la incidencia ocurre 5/100.000 por año.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 17 años sin antecedentes patológicos de importancia que comienza con astenia, hiporexia, dolor articular generalizado, dolor en hipocondrio derecho a la palpación profunda, episodios de fiebre al ingreso, como datos positivos tenía un lab.: Hto. 44%, G.B. 5500 TGO 25 (H. 12), TGP 43 (H. 12), V.S.G. 14 mm, Bil. N., LAR -, FAN -, Anti ADN -, ASTO 200, Prot. totales 73 gr., Albúmina 39 gr., T.P. 84%, KPTT 33". Durante la internación realizaba picos de fiebre 38-39 °C, donde se realizaron varias series de hemocultivos, serología para hepatitis A, B, C, HIV, CMV, reac. Sabin y Felman, reac. de Paul Bunnel, ecocardiografía torácica y traseofágica, con resultados todos negativos. Presentaba CPK 438 U/lit (h. 130). Durante la evolu-

ción de un mes aparecen lesiones maculares rojo vinosa en ambos párpados y nudillos, se interpreta como Dermatomiositis tratándose con Prednisona 60 mg/d. El paciente mejora ostensiblemente la sintomatología, no así las enzimas hepáticas.

Se decide la realización de biopsia hepática. La biopsia de músculo informa como normal y la E.M.G. informa signos de alteración conductiva.

En la biopsia hepática informa hepatitis crónica activa, se realiza Anticuerpo Antimúsculo Liso +. Se comienza el tratamiento con azatioprina después de 1 año evoluciona bien asintomático y con hepatograma normal.

Presentamos este caso de evolución atípica de una dermatomiositis asociada a hepatitis autoinmune, no habiéndose encontrado ninguno en la bibliografía revisada.

() Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

ESCLERODERMIA: EVOLUCION ATÍPICA

Ianarello, Belén; Cragno, Alejandro; Casella, Pablo; Kowaliszin, Rubén; Silio, Julio; Wisniowski, Carlos (*)

La esclerodermia es una enfermedad del tejido conectivo generalizada, multisistémica, cursa con alteraciones vasculares, severa fibrosis de la piel, sinovial y órganos internos como tracto gastrointestinal, pulmones, corazón y riñones. Afecta principalmente mujeres rel. 3:1 y su origen aún es desconocido. Presentamos el caso de una pac. de sexo femenino de 64 años de edad aparentemente sana hasta hace 2 años, consulta por un cuadro de dolor articular intenso en hombro derecho con limitación de la extensión medicado con daines e infiltraciones con corticoides. Con escalofríos sin fiebre o sudoración y episodios de obnubilación con pérdida del control de esfínteres se descarta origen cardiovascular, TAC N. Después de 5 meses con esta sintomatología se trata con diag. presuntivo de endocarditis infecciosa, luego se pierde de la consulta, durante estos 2 años presentó episodios esporádicos de obnubilación, incrementándose en estos últimos meses. Al ingreso lúcida, refl. osteot. vi-

vos, Babinsky bilat., máculas hiperpigmentadas en pulpejo de los dedos y dorso del tórax, teleangiectasias faciales, enanemas hiperpigmentados en fauces, dedos con aum. de los diámetros y perd. de los relieves, piel engrosada y adherida, boca pequeña. Laboratorio: LAR 320, VDRL -, FAN -, CEL.LE -, Anti ADN nativo -, Proteína C ++/—, Antimicrosomal + 100, Anti centrómero + 1/20, C4 N., C3 45 (n70-134), Tp. 15", Conc. 64%, KPTT 37, TGO 50, GGT aum. 5 veces, colinest. 2200 (n3500-4500), Cler. de Creat. 56 ml/m, horm. tiroideas, Eritr. 110 al ingreso fue disminuyendo durante los 2 meses de internación.

En su estadía presentó 7 episodios de deterioro progresivo de la conciencia hasta llegar al coma profundo con conservación de reflejos pupilares e hiperreflexia generalizada durando aproximadamente 3 días hasta llegar a la lucidez y examen neurológico normal. Desde el primer episodio de deterioro de la conciencia se descartaron las diferentes causas de coma tratándose empíricamente con corticoides y vitaminoterapia. Durante un episodio de coma presentó una hemorragia digestiva aguda que le produjo el óbito. El estudio postmortem reveló esclerodermia progresiva sin afectación parenquimatosa cerebral. Presentamos este caso de esclerodermia con deterioro del sensorio progresivo por no encontrarse asociado en la bibliografía revisada.

() Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Olivera Souza, Miguel; Mendoza, Sergio; Hernández, Mónica; Bugna, Laura; Martí, María; Ftulis, Nora; Martínez, Paula; García, Silvia (*)

Este trabajo propone fundamentar teórica y prácticamente, el por qué y cómo de la creación de un programa de salud integral para el adolescente.

Conforma la adolescencia un grupo etario que representa el 18 al 20% de la población general. Y no es casual que este grupo tan importante haya sido por mucho tiempo postergado de los esquemas

tradicionales de salud. Aún cuando es ésta una etapa tan original y capital para la transformación de un niño en un adulto; y en el cual se producen cambios significativos en el desarrollo físico, psíquico y social del individuo. El desajuste que estos cambios provocan, tanto en el individuo como en su entorno, llevan a la aparición de factores de riesgo que aumentan las tasas de: aborto, mortalidad y morbilidad materna, embarazos inoportunos o no deseados, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de la nutrición, accidentes, suicidios y consumo de drogas. Es a partir de esto que se entiende entonces la necesidad de una atención sectorizada e integral que contemple los aspectos sociales, psíquicos, físicos y familiares lo que condiciona por ende un cambio en la atención tradicional, pues la complejidad del problema sobrepasa la capacidad de una sola disciplina. La atención debe ser entonces multidisciplinaria interviniendo en ella médicos, clínicos, ginecólogos, psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales, quienes cada uno y con el enfoque particular de su especialidad evalúen el caso para que, luego, en forma interdisciplinaria se elaboren estrategias de intervención, tratamiento y seguimiento. Los objetivos del programa en lo esencial son: 1) Brindar atención integral de la salud al adolescente en forma oportuna, pertinente, continua y humana. 2) Aplicar enfoque de riesgo para detección y referencia de los adolescentes portadores de problemática biopsicosocial. 3) Mantener la salud mediante control periódico de su crecimiento, desarrollo físico y maduración psicológica y social. 4) Brindar tratamiento de rehabilitación y seguimiento de sus pasos madurativos acorde con sus expectativas y posibilidades. 5) Promover formas que propendan al mejoramiento de la salud y autocuidado tanto a los adolescentes como a sus familiares como forma de prevenir conductas de riesgo. 6) Analizar en forma conjunta la población adolescente local para detectar estos factores de riesgo, fomentar la realización y difusión de investigaciones sobre salud de los adolescentes. 7) Promover la relación con instituciones abocadas a la problemática adolescente.

Los resultados de las investigaciones realizadas serán presentados a estas jornadas.

(*) Servicio de Tocoginecología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

REGISTRO REGIONAL DE TUMORES DEL SUR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. DATOS ENTRE 1989 Y 1992

Laura, Eduardo; Di Martini, Cynthia; Bertazzo, María (*)

El objetivo de esta presentación es describir los datos obtenidos entre 1989 y 1992.

El Registro ha registrado activamente todos los nuevos casos de cáncer desde el 1° de enero de 1989 en los partidos de Bahía Blanca y Coronel Rosales, y pasivamente en 14 partidos de la Región Sanitaria I. 4.100 nuevos casos de cáncer fueron registrados en este período en Bahía Blanca y Coronel Rosales, con una tasa de incidencia de 309,5 por 100.000 habitantes. 3.952 fueron invasivos y 148 carcinomas "in situ".

Los datos de los 4 años, excluyendo los cánceres de piel no melanoma y los carcinomas "in situ" y tomando en cuenta ambos sexos, muestran que la frecuencia más alta fue para el cáncer de mama: 21,2%, seguido por los de colon y recto: 11,7%; cervix: 6,9%; ovario: 4,2%; cuerpo de útero: 4% y estómago: 2,6%.

Para los varones los resultados fueron: 19,9% para el cáncer de pulmón; 12% para el de colon y recto; 8,8% para el de próstata; 6,1% para el de estómago; 5,9% para el de vejiga y 4,5% para el cáncer de esófago.

En el mismo período, 1.694 nuevos casos fueron registrados en los partidos vecinos, con una distribución similar de frecuencia. Si bien hay pequeñas diferencias con los datos de Bahía Blanca y Coronel Rosales, no podemos sacar conclusiones acerca de éstas ya que los datos de la zona son de Registro Pasivo, lo que no nos permite asegurar su información completa.

El impacto de los cánceres de mama, colon y recto y pulmón, puede promover un cambio de actitud con respecto a las acciones preventivas incluyendo el incremento del uso de la mamografía preventiva y efectuando campañas educativas anti-tabáquicas y dietéticas, como se hace en otros países con cifras similares.

(*) Registro Regional de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires

TUBERCULOSIS DISEMINADA (CASO 1)

Butta, Patricia; Catá, Raúl; Cobello, Patricia; Córscico, Marcelo; Lamot, Guillermo; Mene, José (*)

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad granulomatosa transmisible, causada por el *Mycobacterium tuberculosis* (MT) que suele afectar los pulmones pero también a cualquier órgano o tejido del organismo. El MT penetra en el organismo por vía aérea en la mayoría de los casos produciendo la lesión primero en el Pulmón, evolucionando a partir del foco primario hacia la curación o progresión.

Prácticamente todas las formas de TBC extrapulmonares derivan de siembras linfohematógenas secundarias a primoinfección. La TBC extrapulmonar constituye alrededor del 20% de todos los casos de esta afección. El daño que determinan al asentar en tejidos especialmente vulnerables puede ser considerable. Las formas más frecuentes de TBC Extrapulmonar son pleuresia, adenitis, genitourinaria y en menos del 10% osteoarticular, miliar y meningea.

Presentamos el caso de una paciente de 20 años de edad, sexo femenino que comienza aproximadamente 1 año antes de su internación con deterioro progresivo de su estado general, astenia, adinamia, pérdida de peso, sudoración vespertina y dolor punzante en hemitórax posterior izquierdo. Al examen físico se evidenciaba adelgazada, con lesión ulcerada en piel de Fosa Ilíaca Izquierda redondeada, de bordes netos, rojizos, con fondo blanco amarillento y lesiones cicatrizales en piel de hipocondrio derecho. Semiología de derrame pleural derecho.

Se realizaron exámenes complementarios llegando al diagnóstico de: TBC pleural, TBC dermatológica, TBC osteoarticular, TBC genitourinaria.

Comentario

Recientes estudios han vuelto a despertar nuestra conciencia sobre que la TBC continúa siendo a nivel mundial la primera causa de muerte debida a un agente patógeno único, siendo responsable del 26% de todas las muertes evitables en los países del tercer mundo. El enorme número de víctimas está incrementándose en muchos países debido al dete-

rioro de las condiciones socioeconómicas y la interacción de las infecciones HIV y TBC.

(*) Servicio de Neumotisiología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

TUBERCULOSIS DISEMINADA (CASO 2)

Córscico, Marcelo; Butta, Patricia; Catá, Raúl; Cobello, Patricia; Lamot, Guillermo; Mene, José (*)

La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad granulomatosa transmisible, causada por el *Mycobacterium Tuberculosis* (MT) que suele afectar los pulmones pero también a cualquier órgano o tejido del organismo. El MT penetra en el organismo por vía aérea en la mayoría de los casos produciendo la lesión primero en el Pulmón, evolucionando a partir del foco primario hacia la curación o progresión.

Prácticamente todas las formas de TBC extrapulmonares derivan de siembras linfohematógenas secundarias a primoinfección. La TBC extrapulmonar constituye alrededor del 20% de todos los casos de esta afección. El daño que determinan al asentar en tejidos especialmente vulnerables puede ser considerable. Las formas más frecuentes de TBC extrapulmonar son pleuresia, adenitis, genitourinaria y en menos del 10% osteoarticular, miliar y meningea.

Presentamos el caso de un paciente de 66 años de edad, sexo masculino que comienza hace tres meses con adelgazamiento de 20 Kg, astenia, disfagia progresiva y fiebre. Al examen físico en muy mal estado general, con deterioro del estado de conciencia, febril hipotenso, con incontinencia urinaria y fecal, con Síndrome Ascítico edematoso, hepatomegalia y reales crepitantes bibasales. En la Rx de Tx infiltrados biapicales con cavitación. Por exámenes complementarios se diagnosticó tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (adenitis retroperitoneal, laringitis, granulomas tuberculoideos hepáticos, orquiepididimitis, compromiso de serosa peritoneal e intestinal).

Comentario: Recientes estudios han vuelto a despertar nuestra conciencia sobre que la TBC

continúa siendo a nivel mundial la primera causa de muerte debida a un agente patógeno único, siendo responsable del 26% de todas las muertes evitables en los países del tercer mundo. El enorme número de víctimas está incrementándose en muchos países debido al deterioro de las condiciones socioeconómicas y la interacción de las infecciones HIV y TBC. Se ven actualmente formas graves como las que se encontraban en los comienzos de la enfermedad y antes del advenimiento de la quimioterapia. Presentamos este caso como ejemplo de ello.

(*) Servicio de Neumotisiología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

ASPERGILLOSIS PULMONAR NECROTIZANTE CRONICA **Cobello, Patricia; Butta, Patricia; Catá, Raúl; Córscico, Marcelo; Cragno, Alejandro; Lamot, Guillermo; Mene, José (*)**

La aspergillosis es una enfermedad de distribución mundial causada por especies del hongo *Aspergillus*. Se han descrito 300 especies pero sólo un pequeño número desarrolla enfermedad humana; entre ellas la más importante es el *A. fumigatus* y ocasionalmente *A. niger*, *A. flavus* y *A. glaucus*.

La enfermedad causada por especies de *Aspergillus* puede manifestarse de tres formas diferentes:

1) Como una infestación saprofítica en el interior de cavidades (aspergiloma) o del tejido necrótico; 2) Como un alérgeno que desencadena enfermedades tales como aspergillosis broncopulmonar alérgica, asma (a veces asociada con el síndrome de Loeffler) y alveolitis alérgica extrínseca y 3) Como un patógeno verdadero capaz de provocar aspergillosis pulmonar invasiva o una forma necrotizante más crónica de la enfermedad (aspergillosis "semi-invasiva").

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino, de 50 años de edad, diabético tipo II con antecedentes de Tuberculosis Pulmonar con tratamiento completo 2 años antes; que ingresa por Hemoptisis y deterioro del estado general. La radiografía de tórax evidenciaba retracción del hemitórax derecho, con condensación de patrón mixto

parahiliar derecha, redondeada, de bordes deflecados y otra en región paracardiaca derecha. Esputo para BAAR (-). La fibrobroncoscopia mostraba lesiones necróticas, con edema de la mucosa, teñidas de negro en Lóbulo Superior Izquierdo y en basales derechos. Se aísla en esputo y lavado bronquial un *Aspergillus*, en actual tipificación.

Comentario: La aspergillosis pulmonar necrotizante crónica o "semi Invasiva" es una entidad clínica independiente reubicada nosológicamente en la última década describiéndose aproximadamente 30 casos en la literatura mundial.

(*) Servicio de Neumotisiología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

EL HEMOGRAMA Y LA TUBERCULOSIS **Cobello, Patricia; Butta, Patricia; Catá, Raúl; Cragno, Alejandro; Lamot, Guillermo (*)**

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad granulomatosa crónica causada por el Bacilo de Koch. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que anualmente se observan 8-10 millones de casos nuevos a nivel mundial y 3 millones de muertes.

Realizamos el siguiente trabajo con el objeto de determinar las alteraciones más frecuentes del hemograma en TBC.

Material y métodos: Se revisaron 115 historias de pacientes con diagnóstico de TBC definida según la OMS/TUB/91.161 desde el 01/01/93 hasta el 31/12/94 en el Servicio de Neumotisiología del H.I.G.A..

Analizamos el hemograma de los mismos al ingreso, al mes y al segundo mes de tratamiento. Consideramos el hemograma anormal si tenía alguno de los siguientes elementos:

- Linfocitopenia: linfocitos periféricos menor de 1500/mm³
- Linfocitosis: linfocitos sanguíneos superior a 4000/mm³
- Neutrofilia: neutrófilos circulantes superior a 8000/mm³

-Monocitosis: monocitos circulantes superior a 700/mm³

-Eosinofilia: eosinófilos en sangre mayor de 500/mm³

Establecimos las características de los pacientes en cada grupo según edad, sexo y forma de TBC (pulmonar y extrapulmonar).

Resultados: De las 115 historias con hemograma inicial, tenían Hemograma patológico según las definiciones antes mencionadas el 48,70%. Las alteraciones más frecuentes fueron linfopenia (48,21%), neutrofilia (41,07%) y eosinofilia (19,34%). La frecuencia de estas variables incluye las formas combinadas.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes de este estudio tienen hemograma normal y no hay una alteración del hemograma que sea claramente relevante en los demás siendo la linfopenia, neutrofilia y eosinofilia las alteraciones más frecuentemente halladas.

(*) Servicio de Neumotisiología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

UNA ESPERANZA DE VIDA **Zapata, Marisa; Comi, Mónica; Aguilera, Julia; Cifuentes, Patricia; Gutiérrez, Víctor (*)**

Introducción: Los pacientes afectados por insuficiencia renal terminal, pueden ser tratados con técnicas dialíticas de depuración (hemodiálisis-dialisis peritoneal) y con trasplante renal.

A estas técnicas complementarias el paciente puede acceder según su condición clínica.

Es a través de este trabajo, que se pretende poner en conocimiento la vida cotidiana de una paciente en tratamiento dialítico, en una continua espera y lucha ante la posibilidad de ser trasplantado.

Objetivos: -Hacer conocer a través de un video, la vida cotidiana de un paciente con insuficiencia renal crónica terminal. -Realzar la importancia de la donación de órganos.

Material y métodos: -Audiovisual sobre la vida cotidiana de un paciente con tratamiento dialítico. -Fotocopias informativas (entregadas al finalizar el audiovisual).

(*) Servicio de Hemodiálisis del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

DERMATOSIS BULLOSA DE IGA LINEAR EN UN PACIENTE CON SENSIBILIDAD A LAS SULFAS. PRESENTACION DE UN CASO **Ramón, Germán; Maturi, Horacio; Ramón, Fabián; Carranza, María (*)**

Introducción: La dermatosis bullosa de IgA lineal se considera desde hace poco tiempo como entidad aparte del penfigoide bulloso y la dermatitis herpetiforme, que a veces presentan similitud clínica. Principalmente se diferencian en los hallazgos histológicos, donde además de infiltrados de polimorfonucleares y mononucleares aparecen en depósitos lineales IgA en la unión dermoepidérmica. Se ha descrito a esta enfermedad como autoinmune, con IgA específica asociada a fibrillas de anclaje, contra antígenos dérmicos de 97, 290 y 45 Kg. También se la asoció con los antígenos de HLA-B8. En esta enfermedad los pacientes responden mejor a sulfeno que a corticoesteroides.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, que comienza desde los 8 años con lesiones eritemato-vesiculosas y flictenas muy pruriginosas que al principio aparecían en zona poplítea y retroauricular, con el tiempo evolucionaron hasta extenderse al resto del cuerpo. Hace tres años durante el embarazo, exacerbó más sus lesiones dérmicas. Realizó tratamientos con esteroides, respondió bien a las dosis (15 mg dezaflacor c/24 hs.) y a menor dosis la respuesta fue moderada. Tiene antecedentes personales de padecer hematomas espontáneos y sangrado de encías abundante, con hallazgos de laboratorio normales. La madre padece dermatitis (no recuerda el diagnóstico) y tiene una hermana gemela univitelina que padece de las lesiones en tono más leve, que sólo se circunscriben a cara y cuello, con exacerbaciones esporádicas durante el embarazo. Los hallazgos de laboratorio fueron los siguientes: GR 4,83 mill/mm³, Hb 14,4 gr/dl, Hto. 44%, VSG 60 mm, Leucocitos 780 mill/mm³ (No 0%, Ns 61%, Eo 2%, B 0%, Lin 33% y Mo 4%), leve aumento de la gamaglobulina en el proteinograma electroforético, dosaje de IgM 258 mg%, IgG 1232 mg%, IgA 297 mg% e IgE 145 UL/

ml, Complementemia normal. Los anticuerpos IgG e IgA anti IgA fueron negativos. Se realizaron pruebas entonces con extractos alérgicos sin resultados positivos. Luego de una crisis grave se trató durante una semana con esteroides y se realizó una biopsia sobre lesiones cutáneas del dorso. La misma mostró espongiosis epidérmica, edemas y vesículas intraepiteliales, moderada acantosis, dermis con infiltrado mononuclear que se extendía a la epidermis, escasos leucocitos y vasodilatación capilar superficial. Sobre la misma pieza se realizó un examen por inmunofluorescencia y se halló vestigios de IgA lineal en la membrana basal dermoepidérmica. Estos hallazgos clínicos junto a los hallazgos histopatológicos nos permitieron inferir el diagnóstico de dermatosis bullosa de IgA lineal del adulto. El plan terapéutico utilizado consistió en 60 mg de dezaflacort suministrado en días alternos, simultáneamente con dapsona 100 mg cada 24 hs.. No aparecieron lesiones dérmicas, pero con la administración de dicho tratamiento, comenzó con gran astenia, náuseas, mialgias y cefaleas. La temperatura corporal fue normal. Al tercer día de estos síntomas tuvo una micción oscura. Emulaba un cuadro proteiforme, por lo que se restituyeron los esteroides diarios nuevamente y se suspendió momentáneamente la dapsona. Al término de una semana de evolución rápida se realizó un hemograma que reveló signos de anemia megaloblástica, por lo cual se suspendió definitivamente la dapsona.

Discusión: Se presenta este caso de dermatosis bullosa de IgA lineal, no sólo por el infrecuente aislamiento clínico, sino por lo complejo que resulta el tratamiento de este caso en particular, en que las sulfonas provocan toxicidad de la médula ósea. Existe escaso material bibliográfico sobre la etiopatogenia de esta enfermedad, reconocida como entidad particular a través de la inmunofluorescencia. Actualmente no se conoce una terapéutica efectiva a excepción de los esteroides a altas dosis y/o sulfonas. Hay datos sobre la posibilidad de una mejoría con el uso del interferón alfa.

() Instituto de Alergia e Inmunología del Sur, Laboratorio de patología y citopatología. 25 de mayo 44. Bahía Blanca*

LA ULTRASONOGRAFIA COMO COMPLEMENTO NO INVASIVO EN EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES MAMARIAS

Taranto, Alberto; Scenna, Mirna; Nardi, Héctor (*)

Introducción: El análisis comparativo de los distintos métodos para clínicos que participan en el diagnóstico mamario, coloca a la ultrasonografía (U.S.) como metodología de primera línea, para acompañar a la Mamografía, estableciendo parámetros de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivos.

Objetivos: Revisión retrospectiva de la utilización de la tríada diagnóstica Clínica-Mamográfica-Ultrasonográfica y el aporte de la técnica invasiva ambulatoria, la citopunción aspirativa, ante la necesidad de disminuir el número de intervenciones quirúrgicas, generar un soporte válido en la detección precoz del cáncer mamario.

Material y métodos: Fueron evaluados 136 pacientes, con verificaciones histológicas en 93 casos y citológicas en 43 casos, entre enero de 1993 y junio de 1995.

Esta serie fue estudiada con la secuencia diagnóstica, clínica-mamografía y ecografía, utilizándose en este caso un transductor de alta frecuencia de 7,5 MHz, siendo los operadores ecográficos los que participaron en la recepción del paciente, la evaluación clínica-mamográfica y la terapéutica.

Resultados: La sensibilidad que mide anomalías imagenológicas para el cáncer sobre el número total de cánceres, en nuestra serie manifiesta una sensibilidad elevada (96%), por tratarse la mayoría de estadios II y III, siendo para los U.S. los falsos negativos más numerosos en los estadios infraclínicos. La asociación de los 2 métodos aumenta la sensibilidad al 99% en los estadios mencionados.

El valor predictivo positivo es el cociente entre el número de imágenes anormales (positivos verdaderos) sobre el número total de imágenes anormales (+ y falsos +), el valor de una ecografía dudosa tiene un VPP de 40%, la ecografía modula las dudas radiológicas reforzando o minimizando el valor predictivo positivo de las imágenes.

Conclusiones: Los U.S. no reemplazan a la mamografía, pero la combinación de ambos métodos tiene una certeza diagnóstica superior al de

cada uno de ellos empleado aisladamente. Esto ha permitido favorecer la detección de patología de pequeño tamaño, donde la radiología ofrece dudas; o tranquilizar al operador radiológico en aquellas imágenes mamográficas indefinidas.

(*) Servicio de Tocoginecología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

EL DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA EN LA REGION SANITARIA I DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ENTRE 1989 Y 1994

Laura, Eduardo; Di Martini, Cynthia; Ferreyra, Ricardo; Alvarez, Guillermo; Lespi, Pablo (*)

El cáncer de mama es el más frecuente en el sur de la Provincia de Buenos Aires. Hasta el presente no se han llevado a cabo Programas de Detección de Cáncer de Mama en la región.

El objetivo de esta investigación fue dilucidar si durante los últimos años los diagnósticos han sido precoces o tardíos, lo que puede ser de utilidad para evaluar su necesidad.

Se revisaron todos los informes anátomo-patológicos del Centro de Salud "Dr. Leónidas Lucero", del Hospital Penna y del Laboratorio del Dr. Ricardo Ferreyra. La información incluyó: edad, histología, tamaño del tumor, cantidad de ganglios afectados, bilateralidad, multifocalidad, invasión linfática, venosa o nerviosa, necrosis y aquellos casos en que se había dosado receptores o el antígeno nuclear de proliferación celular.

La mayor frecuencia se encontró entre los 50 y 70 años de edad; 132 (29,5%) no se pudieron considerar al no constar el tamaño del tumor o el número de ganglios; de los restantes 315 casos, 55 (16,7%) tenían tumores menores de 10 mm; 95 (28,8%) entre 10 y 20 mm; 138 (41,8%) de 20 a 50 mm; 33 (10%) más de 50 mm y 9 (2,7%) invasión muscular o dérmica.

De los 315 casos (70,4% del total), 147 (46,7%) tenía ganglios sanos; 20 (6,3%) con ganglios afectados pero se ignora su cantidad; 46 (14,6%) tuvieron hasta 2 ganglios con metástasis; 35 (11,1%) de 3 a 5 ganglios con metástasis y 67 (21,3%) más de 6 ganglios con metástasis.

Si comparamos estos resultados con los de otros países donde se efectúan en forma sistemática los Screenings, resulta claro que nuestros diagnósticos resultan sustancialmente más tardíos. Estos resultados pueden ser un buen argumento para comenzar un Programa de Detección Precoz en las edades más afectadas, intensificar la educación sanitaria para todas las edades y constituyen una base de datos para futuros estudios.

(*) Registro Regional de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires

SINDROMES COMPARTIMENTALES. UN CASO PROBLEMA Santoni, Ricardo; Guerriero, Gabriel; Tulli, Alberto (*)

Los Síndromes Compartimentales constituyen una entidad nosológica cuyas causas son variadas. Una de ellas que nos interesó como caso problema es la Hemofilia. Dicha enfermedad en lo que respecta a nuestra especialidad produce: hemartrosis, hematomas intramusculares y pseudoquistes óseos. Los hematomas son los causantes de los distintos Síndromes Compartimentales que producen en el organismo, los cuales se manifiestan ante traumatismos mínimos.

El paciente cuya patología nos ocupa es del sexo masculino, de 6 años de edad; presenta al ingreso a este hospital un síndrome compartimental en región de antebrazo izquierdo, producto de un traumatismo de codo de once días de evolución. El mismo es derivado a este Hospital desde una localidad cercana con el diagnóstico detallado anteriormente e indicándose que padece de hemofilia. El niño fue ingresado por guardia comprobándose dicha patología (síndrome compartimental) y contractura isquémica de Volkmann.

Discusión: ¿Cuáles deberán ser las pautas de tratamiento ante una contractura Isquémica de Volkmann, producto de un traumatismo en un paciente Hemofílico y cuáles las preventivas para que ello no se produzca? Las mismas surgen del tiempo de evolución de la contractura y del tratamiento traumatólogo y hematológico instaurados a tiempo. Lo importante es establecer ese tiempo.

(*) Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

NEOVEJIGA
Vega, Ema; Fernández, Susana;
Haedo, Verónica (*)

Objetivo: Cuidados post operatorios de un sustituto vesical utilizado en enfermedades del tracto urinario inferior. En el servicio de urología se le realizó a tres pacientes con cáncer vesical.

Material y método: En tres pacientes se utilizó para realizar el reservorio una porción del ciego, colon ascendente, mitad derecho del transversal y 14 cm de ileon terminal unidos formando una bolsa (reservorio) a la cual se le implantan los uréteres.

Cuidados post quirúrgicos: Incluyen, control estricto de diuresis, permeabilidad de los catéteres, para un buen funcionamiento del reservorio. Lavados continuos por sonda vesical (N° 18) y por sonda Pezzer con jeringa de Toomy y solución fisiológica, para evitar que se acumule moco (natural del intestino). Aspiración por las ureterostomías en caso de obstrucción. Intensificar lavados del reservorio por sonda vesical cuando se retira la sonda Pezzer. Educar al paciente para realizarse cateterismo cada 4 horas como mínimo, ya que lo tendrá que hacer de por vida.

De los tres pacientes a los que se le realizaron sustituto vesical, 1 falleció y los otros dos se retiraron de alta, siguiendo su control por consultorio externo.

Conclusión: Los cuidados de enfermería son muy importantes para la pronta recuperación del paciente.

(*) Servicio de Urología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

ANGIOPLASTIAS FEMORO
POPLITEAS.
RESULTADOS INICIALES Y
EVOLUCION ALEJADA
Alvarez Iorio, Carlos;
Ordoñez, Fernando; (*)

Objetivos: Evaluar retrospectivamente los resultados primarios y la evolución a largo plazo en 69 pacientes (pts.) sometidos a angioplastia fémoro poplítea (AFP).

Población: Se realizaron 75 procedimientos (pr) de AFP en 69 pts. dilatándose 113 lesiones (1,5-pts), 91 estenosis y 22 oclusiones. La edad media fue de 72 años (62-87), 39 sexo M (56,5%) y 30 (43,5%) sexo fem.. Antecedentes personales: hipertensión arterial (HTA) 48 (67,5%), diabetes 32 (46,3%) dislipemia 13 (18,8%), cardiopatía isquémica 22 (31,8%), EPOC 7 (10,1%). ACV 4 (5,7%) y tabaquismo 46 (66,6%). Cuadro clínico: claudicación moderada (cm) en 5 pts (6,6%), claudicación severa (CS) 37 (49,3%) y dolor de reposo y/o trastornos ulcero-necróticos en 33 (44%). Las lesiones tenían las siguientes características angiográficas: concéntricas 12 (11%), excéntricas I 26 (23%), excéntrica II 29 (26%), segmentarias 10 (16%), enfermedad difusa 6 (5%) y oclusiones 22 (19%). La topografía de las lesiones fue: arteria femoral superficial 75 (66,3%), arteria poplítea 37 (32,7%) y anastomosis distal del by-pass fémoro poplítea 1 (1%). Se realizaron 31 pr combinados (41,2%) del sector iliaco 5 (16,1%) y del sector infra patelar 26 (83,8%).

Resultados: Se registró un éxito angiográfico y clínico inicial en 62/69 pts (89,8%), en 68/75 pr (90,6%) y en 106/113 lesiones (93,8%). El éxito inicial fue en 87/91 (e) (95,7%) y en 19/22 (o) (86,3%). Hubo 5 fracasos. Las complicaciones fueron: hematoma leve 8, oclusión aguda 2, oclusión en sitio de punción 1, IAM 1, embolización 3. El seguimiento alejado (12 meses) se realizó en 66 pr (97%), luego de excluir los fracasos (5), las complicaciones agudas (2) y pacientes perdidos del seguimiento (2). A los 6 meses, fueron evaluados 63 pr excluyéndose 3 pr más debido a 2 óbitos. Hubo 46 asintomáticos (73%), 15 recurrencias clínicas (23,8%) y 2 amputaciones (3,1%). En el seguimiento de 46 pr a 12 meses hubo 44 (95,6%)

que prosiguieron asintomáticos y 2 (4,4%) con recurrencia clínica reestenosis. De las 17 reestenosis/12 meses, 8 se redilataron esilosamente, 4 fueron a Cirugía (3 By-Pass FP, 1 simpaticectomía), 4 rechazaron nueva revascularización (3 cs), 1 amputación parcial. La recurrencia clínica a los 12 meses en 33 AFP aisladas fue en 8/33 (24,2%) contra una recurrencia de 8/30 (36%) AFP asociadas a otros territorios. La permeabilidad secundaria a 12 meses es decir, cuando se asocia un segundo procedimiento de revascularización (8 ATC, 3 By-Pass FP), mostró en las AFP aisladas 31/33 asintomáticos (93,9%) y en las AFP combinadas hubo 25/30 (80%) de asintomáticos.

Conclusiones: 1- La AFP tuvo una alta tasa de éxito inicial clínica y angiográfica con bajo índice de complicaciones, a pesar de tratarse de una población añosa con alto porcentaje de pacientes diabéticos, con amenaza de viabilidad, obstrucciones complejas y un número importante de Angioplastias combinadas con las del sector infrapatelar. 2- La reestenosis fue el principal incidente en la evolución, sin embargo, el número de procedimientos con permeabilidad secundaria fue muy alto, fundamentalmente cuando la dilatación se limitó estrictamente al territorio fémoropoplíteo.

(*) Hospital Privado del Sur. Las Heras 164. Bahía Blanca

PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA POR CATETER DE HEMODIALISIS

Alconcher, Laura; Garat, César (*)

Introducción: Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal necesitan tratamiento de reemplazo, diálisis y/o trasplante. Estas formas de tratamiento son extraordinariamente complejas y no exentas de complicaciones.

Caso Relatado: Niña de 4 años con diagnóstico de glomerulonefritis progresiva endo y extracapilar avanzada fue tratada con pulsos de metilprednisolona y citostáticos. La falta de respuesta al tratamiento y su rápida progresión a la insuficiencia renal crónica terminal obligan su ingreso en hemodiálisis (HD). Se coloca un catéter Cook DL-HD pediátrico en yugular interna derecha por disección. En los siguientes 4 meses requiere dos

recambios de catéter (técnica de Seldinger con radioscopia). En una sesión de diálisis refiere dolor, frío y parestesia en brazo derecho. Se interrumpe la misma y comienza a sangrar en forma copiosa pericater, ingresa a quirófano controlándose temporariamente la hemorragia. Se realiza ecografía doppler color: formación sacular a la derecha de la arteria carótida común con flujo arterial y arteriografía que muestra un pseudoaneurisma gigante de la arteria subclavia derecha, con este diagnóstico reingresa a quirófano donde luego de una larga y dificultosa cirugía, se localiza y reseca el pseudoaneurisma. Ocho unidades de sangre fueron requeridas para compensar el sangrado. La paciente ingresa en ventilación asistida, no recupera la conciencia y a las 36 hs. fallece.

Discusión: El acceso vascular tiene una importancia vital en los pacientes en HD. Muchas veces por la urgencia del tratamiento o por el fracaso de reiteradas fistulas arterio-venosas se recurre al uso de catéteres.

Los vasos femorales se cateterizaron para HD por primera vez en 1961. Años más tarde el cateterismo de la arteria subclavia se convirtió en el acceso vascular más popular. Con el tiempo comenzaron a comunicarse complicaciones fatales: perforación de aurícula derecha, trombosis arteriales, rotura de vena cava superior con pasaje de catéter al saco pericárdico y torácico (1, 2, 3, 4, 5) y otras más comunes como estenosis y fracaso de las fistulas arterio-venosas de ese miembro. En los últimos años se alentó el uso de la vena yugular interna justamente para preservar el drenaje venoso del miembro superior. El seguimiento cuidadoso de las instrucciones de la colocación de los catéteres, ha disminuido las complicaciones traumáticas relacionadas a la misma, pero persiste el riesgo inherente a tener un catéter semirígido en el interior de un vaso sanguíneo. En 1994, Uldall en colaboración con Cook Critical Care, crean un nuevo catéter de silastic con punta flexible que erradicaría las complicaciones fatales causadas por la perforación de la punta del catéter en vena cava superior y aurícula derecha (6, 7). Desafortunadamente estos catéteres no están aún disponibles en la Argentina, información provista por Cook Critical Care (Junio de 1995). En la paciente presentada la punción accidental de la arteria subclavia al colocar el catéter se descarta dado que fue colocado por

diseción de la vena en quirófano, con anestesia general. Luego se realizaron 2 recambios con guía de alambre bajo radioscopia que difícilmente podrían haber lesionado la vena y la arteria. Creemos que sólo el decúbito de este catéter semirígido puede haber sido el responsable de la lesión de la vena con formación de una fistula arterio-venosa y pseudoaneurisma de la arteria subclavia derecha.

(*) Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

COLITIS ULCEROSA AMEBIANA Garat, César; Iglesias, Mario (*)

Introducción: La amebiasis es una enfermedad prevalente en áreas tropicales y subdesarrolladas, sólo ocurre esporádicamente en el centro y sur de Argentina. La forma de infestación más común son los portadores asintomáticos. La enfermedad grave como hepatitis, absceso hepático y colitis ulcerosa amebiana es excepcionalmente rara.

Caso presentado: Niño de 7 años con diarrea crónica de 2 meses de evolución. Portador de un síndrome de Down. Viviendo con agua no potable. Antecedentes de dos episodios de giardiasis tratados. Presenta un síndrome disentérico (pujos, tenesmo y deposiciones mucosanguinolentas con dolor cólico). Eutrófico. coprocultivo, urocultivo y parasitológico directo negativos, evaluación absorción normal. Ecografía abdominal: colelitiasis. Se practica colecistectomía y se realiza biopsia hepática por hígado con superficie nodular. Alta con buena evolución. Luego de 15 días se reinterna por síndrome disentérico con grave compromiso general, se policultiva y medica con cefotaxime-amikacina (cultivos negativos). Histología hepática: hepatitis granulomatosa. Tres días después tiene hemiparesia derecha. TAC: lesiones hipodensas en región de arteria cerebral media (antigua). RM: porencefalia más edema cerebral difuso. El cuadro neurológico no tiene relación con la enfermedad actual. Continúa con diarrea mucosanguinolenta severa. Colon por enema: colon transverso y decedente con zonas de estenosis y espiculado difuso compatible con colitis ulcerosa. Colonoscopia: recto y sigmoides con gran edema e hipersecreción mucosa, zona de estenosis a 20 cm, se toma biopsia

de colon. Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal se agregan esteroides. Biopsia colon: ulceración de la mucosa colónica, necrosis, parásitos unicelulares con citoplasma vacuolado, Entamoeba hystolítica. Se recibe parasitológico directo con Entamoeba Hystolítica que confirman el diagnóstico de colitis ulcerosa amebiana. La serología para Entamoeba Hystolítica fue negativa. Se suspenden los esteroides, cumple 10 días de antibióticos y se medica con metronidazol por 21 días. El paciente requiere de 7 días de alimentación parenteral total. Luego se realimenta con buena evolución posterior.

Discusión: La amebiasis causada por Entamoeba hystolítica es endémica en algunas áreas del mundo, incluyendo sur y sureste asiático, México, Sudáfrica y zonas tropicales. Ocasionalmente la amebiasis es diagnosticada en pacientes en áreas no endémicas. El huésped puede permanecer asintomático excepto cuando la enfermedad invade el intestino causando un síndrome disentérico. El compromiso del hígado, pulmón y cerebro es muy raro en niños, menor al 1%. La amebiasis intestinal puede ser de comienzo gradual en 2 a 4 semanas o agudo y terminar en un cuadro fulminante, similar al megacolon tóxico, enfermedad inflamatoria intestinal y disentería bacteriana, de las cuales es crucial el diagnóstico diferencial. Complicaciones como perforación, estenosis, hemorragia, inflamación, peritonitis y ameboma son descritas por Feigin y col. (1991). Los síntomas, hallazgos colonoscópicos, e histológicos pueden ser similares a la colitis ulcerosa. Los esteroides que se prescriben con frecuencia en esta última enfermedad pueden complicar el curso de la amebiasis. El examen microscópico de muestras repetidas de heces en fresco o fijadas con alcohol polivinílico o etilacetato de formolalina, es la prueba diagnóstica definitiva. Más la evaluación por un observador experimentado aumentará la sensibilidad. Se debe diferenciar E. hystolítica de E. hartmanni, Entamoeba coli y E. nana. Las pruebas serológicas tiene una sensibilidad de 85-90%. El caso comentado de colitis ulcerosa amebiana y hepatitis granulomatosa amebiana graves es una inusual presentación de una enfermedad esporádica en nuestro medio. Debe ser tenida en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de síndrome disentérico ya que la terapia médica es muy eficaz en todas las formas de

amebiasis.

(*) Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

QUILOTORAX CONGENITO. PRESENTACION DE UN CASO

**Lutkevicius, Claudia;
Romaniello, Héctor (*)**

Se presenta el caso de un RN de pretérmino de 31 semanas de edad gestacional, con PAEG de 1820 gramos, que presenta un diagnóstico prenatal por ecografía de hidromediastino pulmonar izquierdo.

Después del nacimiento es admitido en el Servicio de Neonatología por presentar una severa dificultad ventilatoria, por lo que requiere asistencia respiratoria mecánica. A las 24 horas de vida se realizó la punción evacuadora con drenaje pleural continua, el estudio fisicoquímico del mismo reveló derrame pleural no inflamatorio compatible con quilotorax.

El quilotorax se define como la presencia de linfa en la cavidad pleural, existiendo formas congénitas y traumáticas (iatrogénicas).

El motivo principal de la presentación de este trabajo es la extremada rareza del quilotorax congénito dentro del período neonatal, debido a que se han descrito 40 casos aproximadamente en la literatura mundial, y el segundo, es la importancia de la ecografía prenatal que contribuyó al diagnóstico temprano y al adecuado tratamiento al nacimiento.

(*) Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

ESTADISTICA SOBRE PATOLOGIAS ORTOPEDICAS Y TRAUMATICAS DE CADERA

**Tulli, Alberto; Ramallo, Agenor;
Lucero, Javier; García, Marcelo;
Santoni, Ricardo; Gasparini, Gustavo;
Ferreira, Claudio; Guinder, Ariel (*)**

Introducción: Se presenta el siguiente trabajo estadístico referente a patologías de cadera y diversas formas de tratamientos cruentos e incruentos en el período Junio 1993/Julio 1995.

Objetivos: El objetivo del trabajo es presentar la estadística sobre patologías ortopédicas y traumáticas de cadera y tratamientos realizados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología.

Material y métodos: Fueron estadificados 66 pacientes entre junio de 1993 a julio de 1995. La distribución del sexo fue mayoritariamente femenino en relación 3:1 y el promedio de edad, 65 años.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos, de acuerdo a la patología:

A) Ortopédicas:

A-1) artrosis (10)

A-2) osteomielitis (2)

B) traumáticas:

B-1) fractura medial de cadera (14)

B-2) fractura lateral de cadera (30)

B-3) luxación de cadera (10)

Los pacientes del grupo A-1 y B-1, fueron tratados con R.T.C. (24)

En el grupo B-2, 12 pacientes fueron tratados con R.P.C.; 18 pacientes fueron tratados con osteosíntesis: 15 clavos Jewett, 2 tornillos canulados, 1 Steimann.

En el grupo B-3, el tratamiento fue reducción e inmovilización posterior y en los del grupo A-2, se realizó retiro del material y tratamiento correspondiente posterior (inmovilización y A.T.B., etc.).

Complicaciones:

-luxación de prótesis (R.T.C.) - (4)

-osteomielitis (2)

-infección de herida quirúrgica (5)

-parálisis nervio ciático mayor (1)

El seguimiento promedio de los pacientes fue de 6 meses, en aquellos que concurren a las consultas post-quirúrgicas. Un porcentaje significativo no concurren a las mismas luego del momento en que comenzaron a deambular.

Resultados: Los resultados fueron evaluados teniendo en cuenta el dolor, la marcha y la función en: excelentes, buenos, regulares y malos. En el grupo:

A-1) Los resultados fueron excelentes y buenos

A-2) malos

B-1 y B-2) buenos y regulares

B-3) excelentes y buenos

Comentario: En el presente trabajo hemos dividido las patologías de cadera en ortopédicas y traumáticas. Los resultados que hemos obtenido en pacientes con artrosis, concuerdan con las estadísticas de otros servicios. Los resultados malos en grupos de osteomielitis son debido a la incapacidad obvia de la falta de cabeza y cuello femoral.

Respecto a las patologías traumáticas, es lógica la disminución de buenos resultados debido a que el estado general de los pacientes no es óptimo y en muchos casos tienen períodos prolongados prequirúrgicos, hasta conseguir el material de osteosíntesis y artroplastía.

(*) Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

UTILIZACION DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. NUESTRA EXPERIENCIA

Romaniello, Héctor; Lutkevicius, Claudia (*)

El uso de la Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) comenzó a difundirse hace aproximadamente 25 años, convirtiéndose en un recurso terapéutico habitual en nuestras unidades para el tratamiento de los recién nacidos (RN) críticamente enfermos. El objetivo de este trabajo es evaluar la incidencia de RN que requieren de ARM, las causas de su ingreso, duración de éstas, sus complicaciones, la sobrevida y las causas de mortalidad, para conocer y controlar la calidad de ARM que estamos implementando en nuestro servicio.

Desde el 1° de enero de 1994 hasta el 30 de marzo de 1995 nacieron en nuestro hospital 3.961 bebés, internándose 638 de ellos (16,1%), más 52 que fueron derivados de otros hospitales, sumando un total de 690 RN. De los internados, requirieron de ARM 82 (11,8%); la sobrevida global fue de 46,3% (38/82), siendo las causas de ingreso en ARM: enfermedad de membrana hialina (EMH) 47 (57,3%); hipertensión Pulmonar Persistente (HPP) 11 (13,4%); encefalopatía hipóxica isquémica (EHI)

8 (9,57%); Apneas 6 (7,31%); sepsis y cirugías 5 (6,09%); aspiración de meconio 4 (4,8%); Hidrops 2 (2,43%); quilotórax y bronquiolitis 1 (1,2%). El tiempo de ARM promedio fue de 7,76 días (12 hs - 52 días) y los días de vida al ingreso, en promedio, fueron 1,85 días (RN - 22 días). La incidencia global de complicaciones fue del 53,6% (44/82) y las más habituales fueron: Escapes pulmonares de aire 13 (15,8%); Displasia Broncopulmonar 12 (14,6%); Fallo en la extubación 6 (7,3%); Neumotórax 5 (6,09%); Neumonía 3 (3,65%), también se vió una asociación con Enterocolitis necrotizante en 15 (18,29%); ductus arterioso persistente y hemorragia endocraneana (HEC) 11 (13,4%) como causas no respiratorias. De nuestra serie fallecieron 44 RN (53,6%), con un peso promedio de 1.846,7 gs. (640-3730); una edad gestacional promedio de 32,6 semanas (25-37 sem.) y días promedio al fallecimiento 10,9 días (12 hs. - 43 días); siendo las causas más frecuentes: EMH 18 (21,9%); Sepsis 13 (15,8%); HPP y HEC 4 (4,87%); ECN 2 (2,43%); Insuficiencia Hepática, Renal e Hidrops 1 (1,21%). Concluimos que la causa más común de ingreso en ARM es la EMH; que la sepsis si bien no constituyó una importante causa de ingreso, fue la causa más frecuente de muerte luego de la EMH, esto indica que la infección es un grave problema en nuestro servicio y que la incidencia de complicaciones asociadas al uso de la ARM y la sobrevida podrían ser mejorables con el uso de nuevos recursos terapéuticos (Surfactante), humanos (enfermería) y técnicas (monitores).

(*) Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN TERAPIA INTENSIVA (TI). INCIDENCIA DE INFECCIONES. ESTUDIO PROSPECTIVO

Maurizi, Diego; Bertolachini, Silvia; Mitlanian, Silvina; Santopinto, José (*)

Introducción: Los estudios de incidencia son el pilar fundamental de la vigilancia epidemiológica ya que a partir de ellos se conoce el riesgo de infección, se evalúan esquemas empíricos y se

conoce en suma el estado epidemiológico que acontece alrededor de la infección.

Objetivos: Conocer la factibilidad de implementar el sistema, determinar el % de infección global y el % de infección extrahospitalaria (IEH) e intrahospitalaria (IIH), predecir la existencia de brotes epidémicos y referir la incidencia cada 1.000 días de riesgo externo.

Métodos: Se confeccionó diariamente desde febrero a agosto de 1994 una ficha con datos preestablecidos, realizada por un grupo investigador previamente entrenado. La definición de infección se obtuvo de las recomendaciones del CDC de 1988.

Resultados: La revista diaria de la sala insumió 45 minutos en promedio. Se evaluaron 262 pacientes, 30% cardiológicos. Día cama 3,5. Fallecidos 60 pacientes, edad promedio 61 años. Infección global 21%: 9,9% IEH y 11,1% IIH. La neumonía y peritonitis fueron las IEH más frecuentes. De las IIH, la neumonía y la infección del tracto urinario (ITU) fueron las más prevalentes. La ps. auriginosa fue el germen más frecuente en neumonía asociada a respirador (NAR) y el s. aureus en las bacteriemias. La incidencia cada 1.000 días de riesgo externo fue: NAR, 31 casos cada 1.000 días, bacteriemia 1:2,7 casos cada 1.000 días y ITU, 8 casos cada 1.000 días. NO se detectaron brotes.

Comentarios: 1) El sistema insume escaso tiempo diario. 2) No se detectaron brotes. 3) El porcentaje de IIH es bajo. 4) La incidencia por riesgo externo permitirá comparar periodos en la misma TI y con otras TI.

(*) Centro de Salud Municipal "Dr. Leónidas Lucero". Estomba 968. Bahía Blanca

DIALISIS PERITONEAL CRONICA AMBULATORIA EN PEDIATRIA Alconcher, Laura; Aybar, Stella; Buschiazzo, Roberto; Quintana, Daniel (*)

La Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria (DPCA) es actualmente considerada la modalidad dialítica de elección para pacientes pediátricos, especialmente lactantes, con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

Desde 1950 la diálisis peritoneal (DP) se usó para el tratamiento de pacientes con Insuficiencia Renal Aguda. En 1970 se realizó el primer programa de DPCA. Grandes avances se han producido en este área en los últimos años.

En septiembre de 1994 y marzo de 1995, dos niños de 3 y 7 años con IRCT fueron incorporados en un programa de DPCA. Es la primera vez que esta práctica se realiza en pacientes pediátricos en nuestro medio. En ambos niños la causa de la IRCT fue un síndrome urémico hemolítico (SUH). El programa de entrenamiento duró 15 días. El segundo día de internación se colocó el catéter y 10 días después se comenzó a usar. Durante esos días se realizaron clases teóricas sobre:

*Fundamento de la DP

*Cuidado del sitio de salida del catéter

*Acondicionamiento de la habitación

*Controles en la casa

*Conceptos sobre cuando sospechar infección del sitio de salida del catéter y peritonitis

*Clases prácticas con una muñeca, en número de dos diarias, que preparamos para este fin

Si bien esta es la modalidad dialítica más aconsejable en niños, no está exenta de complicaciones. En uno de los pacientes fue necesario el recambio del catéter por presentar peritonitis recurrente por *Estafilococo aureus*. Meses más tarde desarrolló un hidrocele bilateral que necesitó corrección quirúrgica. Actualmente estos niños se controlan una vez por mes.

(*) Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

DISFUNCIONES VALVULARES. UN ANALISIS RETROSPECTIVO DE 40 CASOS D'Annuncio, Eugenio; Tróccoli, Gustavo (*)

Introducción: Se llama disfunción valvular a la falla en el funcionamiento de una derivación ventricular cerebral en cualquiera de sus sectores. El diagnóstico y tratamiento de esta patología suelen presentar dificultades al neurocirujano.

Material y métodos: Presentamos un análisis retrospectivo de 40 casos de disfunción valvular

tratados en el servicio de neurocirugía en el período comprendido entre abril de 1990 y mayo de 1995.

Resultados: En este lapso de tiempo se realizaron 84 derivaciones ventrículo peritoneales en 65 pacientes constatándose 40 disfunciones en 23 de los casos (47,6%).

La edad osciló entre el mes de vida y los 10 años, tratándose de 12 varones y 11 mujeres. En la mitad de los casos de disfunción la causa fue la infección del sistema (52,5%), siguiendo la obstrucción proximal (30%) la incompetencia valvular (10%) y la disfunción distal (0,75%).

Discusión: las complicaciones relacionadas con los shunts ocurren en un alto porcentaje de los casos. La mayoría de las causas son: infección (meningitis, ventriculitis) colocación incorrecta del catéter ventricular, obstrucción del mismo por plexo coroideo, incompetente absorción peritoneal y formación de pseudoquistes abdominales. La clínica y la semiología valvular son los elementos orientadores hacia la disfunción y el sitio de ésta, complementándose el diagnóstico con Rx simples y TC cerebral.

El tratamiento consiste en el reemplazo quirúrgico del sistema en forma parcial o total.

() Servicio de Neurocirugía del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

CUSHING. PRESENTACION DE UN CASO

**Becerra, Hilda; Jouffré, Graciela;
Flores, Claudia; Bonacorsi, Stella;
Sola, María (*)**

Introducción: El Síndrome de Cushing es la constelación de signos y síntomas clínicos resultantes del exceso permanente de glucocorticoides. Aquellos que son ACTH dependientes presentan una hiperplasia de las zonas fascicular y reticular de la glándula suprarrenal, aumentando el Cortisol.

Material y métodos: Presentamos a un varón de 15 años el cual es evaluado el 8 de febrero de 1995. Examen físico: obeso, facies en luna llena, rubicundez y acné facial, jiba dorsal, estrias rojo-vinosas en tronco y raíz de miembros. T.A.: 140/95 los controles posteriores son de normotensión. Peso: 71,200

Kg. Talla: 1,58 m. Presentaba antecedente de cólico renal, detección ecográfica de cálculos renales.

24/01/95: Hto.: 50%, Rto. de blancos 7400, Fórmula S/P, VSG 2 mm, Gluc. 0,94 g/l, Urea 0,27 g/l. Sed. Urinario SD/P, Na 138 mEq/l, K 3,8 mEq/l.

01/02/95: Ecografía abdominal normal.

21/01/95: C.L.U. 400 ug/24 hs. (V.R. 36-145), T3 ng/dl, T4 6 ug/dl, TSH 0,6 mUI/ml, FSH 4,2 mUI/ml, LH 2,2 mUI/ml, To 2,25 ng/dl, PRL 8 ng/ml, Cort. Basal 22 ug/dl, Cort. Vesperal 22 ug/dl.

13/02/95: Cort. post Dex.= 9 ug/dl (1 mg a las 23 hs.).

24/04/95: Dex. 0,5 mg/6 hs., CLU= 600 mg/24 hs., Cor B= 7,5 ug/dl, Cor V= 14 ug/dl.

27/04/95: Dex. 2 mg/6 hs., CLU= 190 mg/24 hs., Cor B= 21 ug/dl, Cor V= 21 ug/dl.

05/06/95: ACTH 300 pg/ml (matinal).

Se realizaron: R.M.N. Cerebral haciéndose cortes cada 2 mm no evidenciándose patología hipofisaria, T.A.C. Abdominal observándose hígado de tamaño y estructura normal, riñones y suprarrenales normales.

Se evaluó en forma conjunta con el Servicio de Endocrinología del Hospital Gutiérrez decidiéndose traslado e internación para eventual Cateterización de Senos Venosos.

Resultados: Se le realizó exploración quirúrgica transeptoefenoidal teniendo en cuenta los valores de ACTH plasmática. Histológicamente se observó un adrenocorticotropinoma (adenoma sinusoidal y papilar, basófilo y cromófilo, positivo para ACTH +/++ en el 70% de las células neoplásicas.

Conclusión: Reafirmar que las pruebas funcionales endócrinas son de vital importancia para sospechar la ubicación del tumor y que a veces puede ser necesaria la exploración quirúrgica sin datos definitivos por parte de la radiología.

() Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

SINDROME DE DOWN Y PATOLOGIA TIROIDEA. ¿SE PUEDE LOGRAR DIAGNOSTICO TEMPRANO?

Becerra, Hilda; Sola, María; Jouffré,

Graciela; Bonacorsi, Stella; Flores, Claudia (*)

Introducción: En nuestro Servicio se evaluaron desde el punto de vista clínico y de laboratorio tiroideo a 32 pacientes con síndrome de Down.

Objetivos: Evaluar la función tiroidea en el Síndrome Down para verificar la hipótesis de que existe un riesgo aumentado de padecer patología tiroidea asociado con la trisomía 21.

Materiales y métodos: Dosajes de T3, T4 y TSH por IRMA y eventual test de Trh-Tsh si los primeros fueran borderline.

Resultados: De los 32 pacientes evaluados n= 16 (50%) presentaron hipotiroidismo franco. Se les realizó diagnóstico de hipotiroidismo subclínico a n= 4 (12,5%) por test de Trh-Tsh siendo su resultado una curva hiperrespondiente. Del total de pacientes con dosajes hormonales dentro de parámetros normales se les realizó evaluación durante 24 meses, apareciendo en n= 2 (6,25%) dosajes patológicos. Todos aquellos pacientes hipotiroideos recibieron reemplazo con levotiroxina, adecuándose la dosis y realizándose control posterior.

Conclusiones: Se recomienda un seguimiento cuidadoso clínico-endocrinológico en los pacientes con Síndrome de Down para lograr el diagnóstico temprano de la disfunción tiroidea que puede complicar la evolución de la trisomía y afectar negativamente su evolución. Las implicancias de estos hallazgos hacen necesario incluir los dosajes de T3, T4 y TSH dentro de los controles periódicos.

() Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

SITUS INVERSUS

Ramallo, Germán; Kowaliszyn, Rubén; Casella, Pablo; Gabbarini, Carlos (*)

Las anomalías en la posición del corazón son alteraciones en las que la punta del corazón se localiza en el lado derecho de tórax (dextrocardia) o en el centro del mismo (mesocardia) o cuando el corazón se localiza de lado izquierdo con posición anormal de las vísceras (levocardia aislada). Por lo general estos corazones son anormales respecto de

la localización de las cavidades y la unión de las grandes arterias y pueden haber complejas lesiones intra y extracardiacas concomitantes. En general la determinación del situs en el organismo indica la posición de las aurículas. El situs visceral suele determinarse mediante la localización de la cámara aérea del estómago en la radiografía de tórax y la ubicación de la vena cava inferior y del hígado en la ecografía abdominal.

La disposición normal de vísceras y aurículas es el Situs Solitus.

El situs inversus es la imagen en espejo de la situación normal.

El situs ambiguus o heterotaxia visceral es una configuración anatómica viciada o indeterminada del organismo. Suele acompañarse de asplenia congénita.

Presentamos un paciente de 9 años de edad, de sexo masculino, que es evaluado previo a una cirugía oftalmológica, asintomático y sin antecedentes cardiovasculares.

Examen Físico: T.A.: 100-70 mmHg. Pulsos periféricos (+) simétricos. Choque de la punta hacia la derecha y máxima auscultación en región medio-clavicular derecha. Soplo sistólico +/4 de características funcionales.

E.C.G.: P (-) D1, AVL y (+) AVR. Complejos predominantes (-) en precordiales izquierdas y (+) en derechas. QRS (-) D1 y (+) en AVL. Rx de tórax: 1º mal rotulada. 2º corazón con punta y botón aórtico hacia la derecha, cámara gástrica hacia la derecha.

Eco. abdominal: hígado y vesícula normales y a la izquierda, vena cava inferior a la izquierda, aorta y bazo a la derecha.

Ecocardiograma: con imagen especular de todas las estructuras sin cardiopatía agregada.

Diagnóstico: situs inversus totalis.

Motiva esta presentación la infrecuente aparición de esta anomalía, sus implicancias diagnósticas y preventivas y el valor de la evaluación prequirúrgica como método de detección de anomalías asintomáticas.

() Servicio de Cardiología y Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

**AMILOIDOSIS:
TESAURISMOSIS PROTEICA
Ramallo, Germán; Lasdica, Sergio;
Merlo, Mabel; Martínez, Andrés (*)**

Es una enfermedad caracterizada por el depósito de una sustancia proteica insoluble en la matriz extracelular de los órganos, donde la progresiva infiltración extracelular conduce eventualmente a atrofia por compresión del órgano afectado. Se dividen en dos formas: la Amiloidosis AA, clásicamente llamada amiloidosis secundaria, se observa en el curso de enfermedades inflamatorias crónicas, infecciosas o neoplásicas; y la amiloidosis AL, clásicamente llamada amiloidosis primaria o inmunoglobulínica, observada de forma idiopática o asociada al mieloma múltiple. La proteína depositada (AL) está formada a partir de fragmentos de cadenas ligeras de inmunoglobulinas, o cadenas globales, sean kappa o lambda.

Manifestaciones clínicas: La afectación de órganos por orden de frecuencia fue el siguiente: renal (83%), gastrointestinal (67%), cardíaca (61%), hepatomegalia (39%), cutánea (29%), esplenomegalia (26%), pulmonar (19%), apareciendo las diátesis hemorrágicas en menor porcentaje. Afectación renal: aparece síndrome nefrótico, con proteinuria e insuficiencia renal, siendo variado el patrón de depósitos de la sustancia amiloide. Afectaciones gastrointestinales: incluyen obstrucción, ulceración, mala absorción y diarreas. Afectación pulmonar: presenta depósitos intraalveolares, perivasculares o traqueobronquiales. Las manifestaciones hemáticas se caracterizan por déficit de los factores IX y X, así como disminución de la alfa-2 plasmina y aumento del plasminógeno; trastornos que desembocan en procesos hemorrágicos.

Afectación cardíaca: más frecuentes en hombres que en mujeres, raro antes de los 30 años, hay evidencias clínicas en el 33 al 50% del total de los hallazgos histopatológicos. Anatomía patológica: aparece crecimiento auricular sin dilatación ventricular con engrosamiento y poco distensibles, infiltración del sistema de conducción con fibrosis, también en vasos, sin afectar el endocardio y pericardio. Formas de presentación: 1) Miocardiopatía restrictiva; 2) Disfunción sistólica; 3) hipotensión ortostática y trastornos de la conducción. Presunción diagnóstica. A propósito de un caso: paciente

de 65 años, sexo masculino con antecedentes de Hta., miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca, medicado con enalapril y furosemida. Se interna por insuficiencia cardíaca a predominio derecho, TVP y anasarca. Presenta respiración Cheyne-Stokes, epistaxis, proteinuria de 6 gr/24 hs., Bence-Jones (-), cadenas livianas kappa y lambda no detectables, clearance de creatinina 62 ml/min., proteinograma en sangre con moderado aumento de gamma y alfa 2 globulinas. Rx de tórax: cardiomegalia global, derrame pleural. ECG: fibrilación auricular, bloqueo de rama derecha, hemibloqueo anterior izq., fibrosis anterior, trastornos difusos de la repolarización, bajo voltaje. Ecocardiograma: engrosamiento de septum y paredes libres de VI, hipoquinesia generalizada con baja fracción de acortamiento, aurícula izquierda dilatada, VD engrosado y dilatado. Eco Abdominal: derrame pleural bilateral, ascitis, hígado homogéneo y con aumento de la vasculatura., riñones con ecogenicidad aumentada. Doppler de piernas: (+) para TVP.

Se efectuó biopsia de grasa periumbilical (+) para amiloide. Muy mejorado fue dado de alta con furosemida, digital (bajas dosis), enalapril y anticoagulantes.

Conclusión: antes el diagnóstico de amiloidosis sistémica se hacía ante mortem en apenas el 25% de los casos; en la actualidad con mayor atención clínica de la enfermedad y la utilización de técnicas de biopsia el diagnóstico se realiza en todos los casos. El aspirado de grasa abdominal ha sido el procedimiento diagnóstico aislado más útil por facilidad de ejecución, sensibilidad y seguridad. La biopsia endomiocárdica es de utilidad para el diagnóstico de amiloidosis cardíaca si el aspirado de grasa es negativo.

() Servicio de Cardiología y Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

COMUNICACION INTERAURICULAR

**Ramallo, Germán; Martínez, Andrés;
Lasdica, Sergio; Kowalyszyn, Rubén
(*)**

Esta anomalía constituye una de las malformaciones cardíacas congénitas más frecuentes en el adulto y se ha observado hasta en el 30-40% en pacientes mayores de 40 años de edad.

La malformación no suele diagnosticarse por varias décadas, porque no produce síntomas y los signos físicos son discretos. La esperanza de vida no es normal y, por regla general, el paciente sobrevive hasta la madurez y, muchos llegan a edad avanzada, sin embargo, la sobrevida natural no va más allá de los 40 años.

Casi todos los pacientes con C.I.A. del tipo fosa oval que llegan a sobrevivir más allá de la sexta década de la vida cursan con síntomas.

La mayoría de los adultos sintomáticos y mayores de 40 años cursan con hipertensión pulmonar leve a moderada y presencia de cortocircuito de izquierda a derecha. De esta manera el ventrículo derecho maduro, está sometido a una doble sobrecarga de presión y volumen.

La relación entre mujeres y varones es de 2/1 aproximadamente.

Esta malformación se presta al cierre quirúrgico con resultados excelentes a largo plazo.

Cuando la presión sistólica pulmonar excede los 40 mm Hg la sobrevida a largo plazo se reduce al 50% en el grupo control y la esperanza de vida en los pacientes de mayor edad es mejor que en la de los que reciben tratamiento médico, incluso los enfermos de 60 años o más al momento de la cirugía. Estos obtienen beneficios al menos a corto plazo, sin importar el nivel de presión de la arteria pulmonar o la clase funcional, siempre y cuando haya un cortocircuito de izquierda a derecha de gran magnitud por la C.I.A..

Presentamos un paciente de 29 años de edad, de sexo femenino, que fue evaluada previamente a una cirugía ginecológica. Asintomática y sin antecedentes cardiovasculares.

Examen Físico: T.A. 110-60 mm Hg. F.C.: 70 x min., pulsos periféricos (+) simétricos. Ingurgitación yugular 2/3 a 45°. Edemas maleolares. soplo sistólico ++/4. Eyectivo pulmonar. R2 desdoblado, fijo y permanente. Soplo diastólico +/4. E.C.G.: ritmo sinusal, bloqueo de rama derecha, con QR en V1, T negativa, V2-V6, rotación horaria frontal en QRS + 90°.

Rx de tórax: cardiomegalia, configuración derecha, con aumento del flujo pulmonar.

Ecocardiograma: gran comunicación interauricular tipo Ostium Secundum.

Motiva esta presentación destacar el valor de la evaluación pre-quirúrgica en un Hospital Intezonal, ya que se trata de una patología de corrección quirúrgica y evolución favorable a largo plazo.

(*) Servicio de Cardiología y Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

PERFORACION APENDICULAR. ES POSIBLE SU PREVENCIÓN Alvarez, Alejandra; Speranza, Remo; Quintana, Daniel; Svetliza, Javier (*)

Entre febrero de 1990 y febrero de 1995, fueron estudiados en el Servicio de Pediatría del H.I.G.A. "Dr. José Penna" de bahía Blanca. 166 niños intervenidos quirúrgicamente por presentar apendicitis aguda, a los fines de establecer la tasa de perforación apendicular en nuestro medio: las posibles causas de su origen y de delinear una secuencia de pasos tendientes a disminuirla.

Hubo 60 niñas (36,1%) y 106 varones (63,9%), siendo la edad promedio de 9,24 años (r= 1-14 años). Los síntomas prevalentes fueron el dolor abdominal (100%), la fiebre (69,27%) y los vómitos (52,4%).

Se registraron 41 consultas previas donde se ejecutó un diagnóstico erróneo o bien se omitió advertir a los familiares de que pudiera tratarse de un cuadro de origen apendicular. En ningún caso se realizó interconsulta quirúrgica y en 32 de los mismos se prescribió por lo menos una medicación.

Los hallazgos intraoperatorios -corroborados por Anatomía Patológica- incluyeron 13 apendicitis congestivas, 69 flemonosas, 28 gangrenosas, 32 peritonitis localizadas y 24 peritonitis difusas.

El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas hasta la intervención quirúrgica fue de 1,96 días, con un rango de 10 hs. a 10 días. El tiempo de evolución calculado para quienes presentaban un diagnóstico erróneo fue de 2,9 + - 1,68 días; contra 1,64 + - 1,17 días, de quienes recibieron en primer diagnóstico correcto. Aplicando los tests de Mann-Whitney y Kolmogorov-Smirnov, encontramos esta diferencia, estadísticamente sig-

nificativa, con $P < 0,0001$.

La tasa global de perforaciones fue del 33,73% (55/166); mientras que la discriminada por edades correspondió al 46,15% para el grupo de 0-8 años (30/65); y al 25,7% para el grupo de 9-14 años (26/101). La tasa de peritonitis para quienes acreditaban omisión diagnóstica fue del 65,85% (27/41); versus el 23,2% de quienes recibieron un diagnóstico adecuado en la primer consulta (29/125). La aplicación del test de Chi cuadrado con corrección de Yates, demostró una asociación estadísticamente significativa entre la perforación apendicular y la demora profesional, independientemente de las edades de los pacientes, obteniéndose un $P < 0,005$.

Se presentaron complicaciones en 26 niños, de los cuales 7, requirieron una intervención quirúrgica. El tiempo de internación varió entre 1 y 34 días, con un promedio de 5,74 días, no registrándose mortalidad en esta serie.

Concluimos que la demora profesional fue la responsable del 48% de todas nuestras peritonitis. Que es la causa de perforación apendicular más fácil de evitar con medidas muy simples, tales como la ejecución de un correcto interrogatorio y examen físico, evitando la prescripción de medicamentos tales como antibióticos o antiespasmódicos hasta la obtención de un diagnóstico de certeza; y por último la internación para control por 24 hs. y la interconsulta precoz con el especialista para aquellos casos que ofrezcan mayor dificultad.

(*) Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

ENFERMEDAD DE HODGKIN. 10 AÑOS DE TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA **Fernández, Vanesa; Garbiero, Susana; Di Paolo, Daniel; Brandt, Martín; Cafferri, Horacio; Sánchez, Norma (*)**

La enfermedad de Hodgkin, descrita por primera vez en 1832 por Thomas Hodgkin, es un desorden neoplásico originado en el tejido linfático y definido por la presencia de las células de Reed Stemberg. Existen cuatro subtipos histológicos de esta enfermedad (predominio linfocítico, esclerosis nodular, celularidad mixta y depresión linfocí-

taria), cada una con características clínicas propias.

La enfermedad de Hodgkin es una de las entidades hematológicas en la que más se ha progresado en su conocimiento y terapéutica, lográndose remisiones completas y curaciones en más de la mitad de los casos.

Se tomaron los casos de enfermedad de Hodgkin desde 1985 hasta junio de 1995. El objetivo es mostrar: número total de parientes, mortalidad, variedad histológica, edad, sexo y estado clínico.

Sobre un total de 42 pacientes, cuyas edades oscilaban de los 6 a 67 años, se observó una mortalidad del 29%, una proporción de hombres del 52% y un predominio del 50% de la variedad histológica celularidad mixta. La mayoría de los pacientes se encontraba en estadio III B (36%). Los tratamientos variaron desde esquema sandwich, híbrido o alterno y radioterapia con la combinación de las siguientes drogas: ciclofosfamida, vincristina, prednisona, procarbazona (CVPP), adriblastina, blocamicina, vinblastina (ABV).

El tamaño de la muestra no permite sacar conclusiones estadísticamente significativas, pero expone lo realizado en el servicio en los últimos 10 años.

(*) Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

ANALISIS DE LAS PATOLOGIAS DE CONSULTA EN LA UNIDAD DE FONOAUDIOLOGIA (1985-1995) **Conte, Rafaela; Coletti María; Cragno, Laura; Forgue, María; González, Mariana; Pasqui María (*)**

Introducción: En la Unidad de Fonoaudiología se desarrollan actividades a los fines de la Prevención, detección, evaluación y recuperación de pacientes que presentan trastornos de la Comunicación Humana, entendiendo como tales a las perturbaciones de la voz, habla, lenguaje y audición.

Objetivo: Con motivo de conocer el tipo y frecuencia de las patologías que consultaron y fueron asistidas en la Unidad, se realizó el siguiente estudio retrospectivo.

Material y métodos: Se revisaron historias clínicas de pacientes que concurren para evaluación y tratamiento. Se excluyeron las que concurren para estudio audiológico. Se seleccionaron 2.420 H. Cl. las que reunieron requisitos completos como para ser comparados. Las variables consideradas fueron: edad, sexo, lugar de procedencia y patología por la cual concurren.

Resultados: Edad: de 0 a 4a: 47 pac.; de 35 a 44a: 45 pac.; de 45 a 64a: 76 pac.; + de 65a: 56 pac. Sexo: 966 pac. femeninos y 1454 pac. Masculinos. Procedencia: de Bahía Blanca 2.028; de la zona de influencia 392 pac. Trastornos del habla: 648 pac.. Trastornos funcionales de sistema respiratorio y deglutorio: 622 pac. Trastornos del lenguaje: 898 pac.; Disfonías: 89 pac..

Conclusiones: De los trastornos del habla las dislalias funcionales totalizaron 491 pac. (76%), las dislalias orgánicas (fisuras palatinas), 157 pac. (24%). El 57% de estas últimas pertenecía a la zona de influencia, con respecto al sexo el 53% eran pac. masculinos. En los trastornos del lenguaje, corresponden al lenguaje infantil 48%, reconociendo de 1 a 4 el 38%. En el paciente afásico (122 pac.) el 66% eran pacientes masculinos. La tartamudez (128 pac.) de los cuales el 69% era masculino.

El 30% de los pacientes presentan más de una patología.

() Unidad de Fonoaudiología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON AMBAS ARTERIAS MAMARIAS EN PACIENTES JOVENES

Schamun, Carlos; Durán Juan; Rodríguez, José; Rodríguez, Marcelino; Braccini, María; Cermesoni, Raúl (*)

Objetivos: El objetivo de la presente comunicación es analizar los resultados de la cirugía de revascularización miocárdica en pacientes jóvenes utilizando ambas arterias mamarias internas.

Material y métodos: En el período comprendido entre julio de 1992 y agosto de 1995, se llevaron a cabo 595 cirugías cardíacas, de las cuales 401

(67,4%) fueron cirugías de revascularización miocárdica, utilizando ambas arterias mamarias internas en 26 casos (6,5%). Dicha población se hallaba compuesta por 21 hombres (80,7%) y 5 mujeres (19,3%), con un promedio de edad de 49,6 años (34-61 años). Presentaron como factores de riesgo: tabaquismo (53,4%), hipertensión arterial (42,3%) y dislipemia (57,7%). el 77% presentaba lesión severa de tres vasos y el 57,7% registraba antecedentes de IAM previo. El deterioro de la función ventricular fue leve en el 69%, moderado en el 27% y severo en el 4%. el promedio de puentes/paciente fue de 3,3. La arteria mamaria izquierda se utilizó como puente a la arteria descendente anterior en el 100% de los casos y en 3 casos (11,5%) como puente secuencial a un ramo diagonal. En un solo caso fue utilizada como injerto libre. La arteria mamaria derecha se utilizó como puente retroaórtico a la arteria circunfleja en el 53,8% y a la coronaria derecha en el 46,2% (un injerto libre).

Resultados: Todos los pacientes sobrevivieron y fueron dados de alta en promedio al décimo día, la morbilidad fue la siguiente: distress respiratorio: 3,8%; espasmo de mamaria: 7,6%; hemorragia digestiva alta: 3,8%; neumonía: 3,8% y pneumotórax: 7,6%. Un caso requirió el uso del balón de contrapulsación intraaórtico. El seguimiento en la actualidad (entre 1 y 27 meses) evidencia que todos los pacientes están vivos y libres de síntomas.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la excelente permeabilidad alejada de la arteria mamaria interna (98% a los diez años) y el bajo riesgo operatorio, concluimos que la utilización de ambas arterias mamarias en pacientes jóvenes con lesiones coronarias múltiples, es el método de elección para la revascularización miocárdica.

() Instituto del Corazón. Hospital Privado del Sur. Las Heras 164. Bahía Blanca*

IMPLANTACION DE STENT EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PERIFERICA

Alvarez Iorio, Carlos; Ordoñez, Fernando (*)

Objetivo: Evaluar retrospectivamente la tasa de éxito clínico, angiográfico y complicaciones in-

trahospitalarias en 5 pacientes (pts.) sometidos a angioplastia periférica en diferentes territorios vasculares con implantación de Stent.

Población: Se trata de 5 pacientes a quienes se les implantó Stent en la arteria renal (1), en la arteria Vertebral izquierda (1), en la arteria subclavia derecha (1) y en la arteria Ilíaca primitiva (2). 4 pacientes son del sexo masculino, 1 de sexo femenino, con edad media 71 años (52-75 años), antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) 5 pts., diabetes 2 pts., dislipidemias 2 pts., cardiopatía isquémica 4 pts. y Angioplastia Periférica previa en otros territorios 2 pts. El cuadro clínico mostraba en 2 pts. con obstrucciones supra-Aórticas (Vertebral y Subclavia), síndrome de isquemia de fosa posterior, en la arteria Renal: HTA severa y prevención de insuficiencia renal (lesiones bilaterales) y en las lesiones Ilíacas: claudicación intermitente invalidante (1) y dolor isquémico de reposo con trastornos tróficos (1). La topografía vascular era arteria Renal izquierda (ostium), arteria vertebral izquierda (ostium), arteria Subclavia derecha (Ostium y tercio proximal) y las arterias ilíacas primitivas (lesiones proximales).

Las características angiográficas de las lesiones era tipo A (-), Tipo B (-), Tipo C (5 pts.). El motivo de la implantación del Stent Vertebral a una lesión ostial que tuvo "elastic recoil", la arteria Subclavia Derecha a una lesión Ostial asociada a estenosis de tipo C con "elastic recoil" y en las arterias Ilíacas Primitivas: ambas tenían obstrucciones tipo C con resultados subóptimos post-angioplastia. La vía de abordaje utilizada fue: braquial en 3 pts. y Femoral en 2 pts. El Stent Vertebral fue un Stent de Palmatz coronario 3,5 x 15 mm y en el resto de los procedimientos se utilizaron Stent de Palmatz (P 308) de 8 mm x 30 mm de longitud.

Resultados: Se obtuvo un éxito clínico y angiográfico en los 5 procedimientos realizados, sin complicaciones mayores. Se observó: una HIA con restitución ad integrum, un hematoma Braquial que requirió transfusión y suspensión de anticoagulantes y un pequeño hematoma en la zona inguinal que no necesitó transfusiones.

Conclusiones: 1) La colocación de Stent es posible prácticamente en todos los territorios vasculares con lesiones pasibles de angioplastia trasluminal percutánea periférica. 2) Es un recurso técnico de gran valor del cardiólogo intervencio-

nista para solucionar resultados subóptimos post-angioplastia (3 de nuestros pts.) complicaciones (oclusión, disección) o como intervención electiva, de novo, en casos de lesiones ostiales (2 de nuestros pts.) y/o en lesiones cuyas características anatómo-angiográfica tiene alta potencialidad de incidencia de complicaciones y/o fracasos.

(*) Hospital Privado del Sur. Las Heras 164. Bahía Blanca

MALFORMACIONES AUDITIVAS Meder, Omar; Laspiur, Martín; Candi- sano, Teresa (*)

Ante la frecuencia de Malformaciones Auditivas (MA) detectadas en recién nacidos (RN) se decide analizar los posibles factores etiológicos en relación a los antecedentes maternos y familiares, el tipo de malformaciones y su implicancia audiológica inicial y futura.

Las MA presentan una incidencia mundial de 1/10.000 nacimientos.

Durante el periodo 1/1/94 al 19/6/95 sobre 4.654 nacimientos hemos hallado 8 MA.

Se realizó una evaluación clínica en base a datos del registro de alto riesgo auditivo.

Sobre las 8 MA, 6 son unilaterales y 2 bilaterales. Del total 5 están asociados a otras malformaciones.

Nuestra incidencia es 1/664,85 nacimientos.

Esto podría obedecer a:

-por ser H.I.G.A. un centro de referencia.

-el factor ecosistema (industrial, rural, etc.).

Este análisis plantea un manejo criterioso del RN con esta patología.

(*) Servicio de O.R.L. y Neonatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

USO DE LA ECOGRAFIA EN MODO B EN EL DIAGNOSTICO DE TROM- BOSIS VENOSA

Picorel, Jorge; Vives, Daniel; Gómez
Giménez, Eduardo (*)

La ecografía permite el estudio incruento del sistema venoso periférico en forma rápida y precisa. En este trabajo se transmite nuestra experiencia en el estudio de las IVP, enfatizando el uso del modo B como método de screening en aquellos casos en los cuales no se dispone momentáneamente de Doppler.

Se examinaron 311 pacientes de los cuales 67 tenían trombosis. A los mismos se les efectuó ecografía bidimensional, Doppler Duplex Pulsado blanco y negro y/o color.

De los 67, en 60 casos con el modo B, fue suficiente para diagnosticar TVP y el Doppler sirvió para corroborar el hallazgo: trombosis venosa del miembro inferior 54 casos (80,59%), de los cuales 46 son suprarotulianas y 9 infrarotulianas; trombosis venosa del miembro superior, 2 casos (2,98%); trombosis yúgulosubclavia 11 casos (16,42%). La sensibilidad fue del 89% y la especificidad del 99%. En la bibliografía general los valores son 95 y 99%, respectivamente.

La técnica más simple para diagnosticar coágulos es la Compresión Ecográfica. El trombo fresco se comporta como anecoico, en tanto que los trombos crónicos tienden a ser ecogénicos. Los hallazgos ecográficos son: a) Oclusión venosa por trombo intraluminal; b) Compresión venosa negativa; c) Aumento de calibre en trombosis aguda; d) Pérdida de la distensibilidad.

El ultrasonido con modo B como screening en el examen del paciente con sospecha de trombosis es una herramienta útil cuando no se dispone de Doppler momentáneamente. Debemos investigar sistemáticamente la TVP en pacientes asintomáticos ya que permite aumentar el porcentaje de diagnóstico. El U.S. es un método excelente para diagnóstico y seguimiento y se usa para decidir si se continúa con la terapia con anticoagulantes, habiendo desplazado a la flebografía como método standard.

(*) *Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca*

COSTOS Y BENEFICIOS EN LA CIRUGIA PEDIATRICA AMBULATORIA. UN APORTE A LA AUTOGESTION **Nebot, Graciela; Pagano, Jorge; Svetliza, Javier; Castro, Cecilia; Szpigiel, Eduardo; D'Aglio, Andrés; Speranza, Remo (*)**

Entre el mes de julio de 1994 y julio de 1995 fueron incluidos 35 pacientes dentro de un Programa de Cirugía Ambulatoria. Hubo 16 niñas y 19 varones. La edad promedio fue de 5,4 años con un rango que osciló entre los 6 meses y los 13 años. Sólo 5 pacientes acreditaron cobertura social, siendo el resto indigente. Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Pacientes con riesgo A.S.A.L.
- Pacientes mayores de 1 mes de vida
- Pacientes cuya distancia al Hospital no implicara más de 1 hora de viaje
- Procedimientos quirúrgicos de no más de 1 hora de tiempo operatorio probable
- Consentimiento escrito del mayor a cargo

Los pacientes fueron sometidos a un riguroso examen físico y en todos los casos se exigió normalidad del hemograma, del coagulograma y del ECG, así como actualización del esquema de vacunaciones.

Las patologías intervenidas correspondieron a: hernia inguinal, 19 pacientes; fimosis, 6 pacientes; ectopía testicular, 3 pacientes; quiste de glándula salival, 3 pacientes; remanente branquial, 1 paciente; fistula perianal, 1 paciente; hernia umbilical, 1 paciente; quiste de cordón, 1 paciente.

Todos los pacientes recibieron anestesia general con halotano y/o isoflurano. En todos los casos se agregó una anestesia regional con bupivacaína sin epinefrina. Todos los pacientes egresaron con una cartilla explicativa de las posibles contingencias de un posoperatorio inmediato y de cómo debían obrar ante dichas eventualidades. La misma se acompañó de una encuesta donde se consultaron 4 ítems: -Cómo fueron atendidos; -si creían que sus hijos podían tener más complicaciones que aquellos que eran internados; -si alguna complicación ocurrida podía ser atribuida al sistema ambulatorio y -si modificarían o agregarían algún elemento a la atención recibida.

El tiempo operatorio promedio fue de 22,5 minutos ($r= 10-45$ min.). Y el tiempo transcurrido entre la cirugía y el egreso correspondió a 2,83 hs. ($r= 30$ min. a 5,5 hs.). El criterio de egreso incluyó la tolerancia oral y la micción espontánea para aquellos que hubieran recibido procedimientos en el prepucio, o la región inguino-escrotal. El primer control se realizó a las 48-72 hs. de la cirugía para comprobar que la herida permanecía seca y limpia y un segundo control a la semana ya para otorgar el alta y las recomendaciones definitivas. No se registraron complicaciones atribuibles al acto quirúrgico ni al régimen ambulatorio en esta serie.

De las encuestas surgió que el 100% de los pacientes se sintió bien o muy bien asistidos; que sólo el 2,86% pensaba que el régimen ambulatorio incrementaba el riesgo de complicaciones; que únicamente un 5,72% de los pacientes creyeron haber acreditado pequeñas molestias que pudieron haber sido evitadas con internación; y que el 8,68% manifestó la inquietud de producir alguna modificación en el sistema de atención recibida.

El gasto quirúrgico -excluyendo el generado por el recurso humano-, y estimado a valores del año 1994, no sobrepasó los 35,00 pesos por práctica. El monto global ahorrado al evitar la internación fue calculado en 4.200,00 pesos. Y los valores recuperables por obra social correspondieron a 1.000,00 pesos.

Podemos concluir que el sistema de cirugía ambulatoria es óptima a varios niveles:

-Evitando el intenso estrés psicológico que toda internación ocasiona en la infancia

-Incrementando el nivel de satisfacción familiar como lo demuestran nuestras encuestas

-Procurando acelerar el reintegro de los mayores a cargo, a su puesto de trabajo

-Y por último generando un importante ahorro, que en nuestra serie, a pesar de contar con una tasa subóptima de pacientes mutualizados, demostró cubrir las expectativas de un hospital de autogestión.

(*) Servicio de Pediatría y Área de Quirófanos del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

COMPOSICION DE LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES DIABETICOS

Flores, Claudia; Jouffré, Graciela; Becerra, Hilda (*)

Objetivos: Describir el tipo de alimentación ingerida por nuestros pacientes y recabar características de su patología de base.

Material y métodos: Se realizaron encuestas alimentarias y se midió índice de masa corporal (BMI) a los primeros cincuenta diabéticos que concurren por consultorio externo a partir del primero de junio de 1995.

Resultados: Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente (DMID) 9 (7 mujeres), Diabetes Mellitus No Insulino-Dependientes (DMNID) 26 (18 mujeres) y Diabetes Mellitus Insulino Requiriente (DMIR) 17 (12 mujeres).

Variable DMID DMNID DMIR

Edad x DS 26,2 10,12 52,2 9,01 56,29 8,35

BMI (Kg/m) 20,10 2,02 30,3 5,8 25,84 6,20

Calorías 2322,9 556,8 2490 938 1966 840,22

H.D.C. simples/gramos 60,20 29,2 63,1 31,4 64,10 41,12

H.D.C. complejos/gramos 280,51 100,20 140,87 128 189,70 139

Menos de 3 comidas diarias 2 8 6

4 comidas 5 8 5

1 colación extra (media mañana) 1 6 3

2 colaciones (media mañana y nocturna) 1 4 3

Consumo de alcohol superior a 120 g/día 1 5 4

Uso de más de 3 medicamentos diarios 4 16 7

Problemas visuales 7 20 9

Conclusión: Los valores de los distintos componentes de la dieta y hábitos alimentarios encontrados, así como otras conductas en estos tres grupos de pacientes diabéticos no se adecúan en su totalidad, a las recomendaciones actuales. Los resultados sugieren la necesidad de incorporar alternativas pedagógicas en la educación diabetológica.

(*) Servicio de Endocrinología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS TUMORES DE TIROIDES

Becerra, Hilda; Jouffré, Hilda; Flores, Claudia; Bonacorsi, Stella; Sola, María (*)

En el período comprendido entre los años 1982 y 1994 fueron evaluados en nuestros servicios 24 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides.

Objetivo: Evaluar las características de la población de cánceres tiroideos diagnosticados, estudiados y tratados en nuestros servicios.

Material y métodos: Se analizaron las historias clínicas del archivo del Hospital y las de nuestro servicio

Resultados: De los 24 pacientes con diagnóstico de Cáncer de Tiroides el rango estaba entre 6-73 años. La relación mujer/varón fue 7:1. En el momento de la primera consulta presentaban bocio n= 12 (50%), aumento de consistencia de la glándula n= 7 (29,16%), adenopatías n= 5 (20,83%) y síntomas tardíos n= 4 (16,66%). Desde el punto de vista histológico (O.M.S.) observamos 14 carcinomas papilares, 9 carcinomas foliculares y 1 carcinoma medular. Se cumplimentó centellograma en un 100% y ecografía en un 62,5%. A todos se les realizó tiroidectomía total. Posteriormente a n= 23 (95,8%) se les realizó dosis terapéutica con I-131, dosis promedio de 5550 MBq. Todos ellos comenzaron con reemplazo con levotiroxina. En promedio se realizó un rastreo corporal total cada 6 meses los primeros años y seguimiento con dosaje de tiroglobulina en la variedad papilar y folicular.

Conclusiones: Los tumores diferenciados de tiroides (variedades papilar y folicular) representan las neoplasias de este órgano más frecuentes. La asociación del centellograma con la ecografía permite discriminar formaciones nodulares frías y sólidas. Luego de realizar el examen citológico mediante punción con aguja fina, se determina la indicación quirúrgica.

Después de la tiroidectomía total, la medicina nuclear dispone como seguimiento del centellograma corporal total con I-131 y las determinaciones hormonales, test de TRH-TSH y de Tiroglobulina sérica.

El I-131 como tratamiento tiene indicación en las metástasis Iodo captantes y en las que no lo son además de acompañarlo de supresión hormonal.

(*) Servicios de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

HIPERTIROIDISMO: ANALISIS DE NUESTRA POBLACION

Becerra, Hilda; Jouffré, Graciela; Flores, Claudia; Aramburu, Amanda; Bonacorsi, Stella; Sola, María (*)

Se estudiaron los pacientes que consultaron al Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear con diagnóstico de Hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow (EGB) en los años comprendidos entre 1985 y 1994.

Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas y exámenes complementarios de los archivos del Hospital y del Servicio.

El objetivo fue determinar las características de la población de pacientes con (EGB) y la conducta terapéutica seguida.

El total de casos estudiados fueron 210, la relación mujer-varón fue 4,8:1. La media en cuanto a la edad fue de 32 años, el modo de 26 años con un rango 11-76. Motivos de consulta: oftalmológicas n= 29 (13,8%), cardiológicas n= 30 (14,28%), presencia de bocio n= 37 (17,61%), neurológicas n= 42 (20%), disminución de peso n= 41 (19,52%), gastrointestinales n= 5 (2,38%) y varias n=26 (12,38%).

De los 210 pacientes n= 133 (63,33%) comenzaron con metilmercaptoimidazol MMI, de ellos n= 47 (22,38%) se les dio betabloqueantes y a n= 40 (19%) cortocoides. A 20 pacientes (9,5%) se les practicó tiroidectomía subtotal; de estos n= 12 (5,7%) se realizó de inicio la cirugía por el tamaño de Bocio y características sociales, en los restantes la indicación fue por recidiva luego del uso del MMI o abandono del tratamiento. Se utilizó Iodo-131 de inicio en n= 52 (24,76%), como segunda elección se realizó en n= 67, dosis promedio de 6,2 mCi.

La administración de MMI se suspendió en n= 40 (19%), debido a abandono por parte del paciente

n= 14 (35%), intolerancia n= 10 (25%), recidiva n= 8 (20%), alergia n= 5 (12,5%), leucopenia n= 3 (7,5%), ninguno presentó hepatopatía.

Luego de la cirugía observamos n= 1 (5%) sección del recurrente, n= 1 (5%) hipoparatiroidismo y n= 15 (75%) de hipotiroidismo.

Tras la administración de I-131 fueron hipotiroides n= 51 (58,6%). Del total de pacientes evolucionaron al hipotiroidismo n= 136 (64,7%).

Conclusiones: en los primeros años se realizaban tiroidectomías subtotales y el uso de MMI era más prolongado, en el último período se utiliza al MMI por un tiempo menor y se administra I-131.

Coincidentemente con los estudios de diferentes Centros Endocrinológicos consideramos al I-131 como el tratamiento de elección para la terapéutica del Hipertiroidismo en la enfermedad de Graves-Basedow.

(*) Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

EVALUACION DE TALLA Y PESO EN NIÑOS DE BAHIA BLANCA

Vallejo, Carlos; Becerra, Hilda; Jouffré, Graciela; Aramburu, Amanda; Sola, María; Cabut, Ana M.; Campos, María (*)

Objetivos: Con el fin de obtener tablas locales de talla y peso se examinaron alumnos de todas las zonas del distrito teniendo en cuenta la densidad poblacional, el sexo, la edad y el tipo de establecimiento educacional. Se midió la talla de los niños de pie mediante instrumento de madera y escuadra de tope y se los pesó en superficie nivelada.

Resultados: Se obtuvieron en ambos sexos y en los 7 percentiles observados tallas y pesos que superan entre un 0,9% y un 2,54% a las hasta ahora publicadas. En el sector céntrico de la ciudad se obtuvieron cifras mayores que en el cuadrante noroeste (zona de menor recurso económico).

Conclusiones: 1) Al no existir tablas locales anteriores no debe descartarse la posibilidad de que siempre los niños de la zona fueron más grandes (razones genéticas, inmigratorias, etc.).

2) La población está aumentando de tamaño, ya que como tablas testigos usamos las que están en los libros, pero éstas tienen de 12 a 20 años de antigüedad.

3) En los sectores sociales que padecen necesidades básicas insatisfechas de larga data se observaron chicos de talla y peso menor (cuadrante noroeste de la ciudad).

(*) ADEMS, Asociación de Endocrinología y Metabolismo del Sur. Bahía Blanca

NODULO SOLITARIO HIPERFUNCIONANTE

Becerra, Hilda; Jouffré, Graciela; Flores, Claudia; Bonacorsi, Stella; Sola, María (*)

En los años comprendidos entre 1985 y 1994 se estudiaron en nuestros Servicios 224 pacientes con diagnóstico de Hipertiroidismo. De ellos 14 resultaron ser Adenomas Tóxicos.

Objetivos: Recabar las características de los pacientes con adenomas tóxicos, su forma de presentación, los métodos diagnósticos y las terapéuticas empleadas.

Materiales y métodos: Se evaluaron las historias clínicas con el diagnóstico antedicho, del archivo general del Hospital y de nuestros Servicios; realizándose posteriormente comparación con las estadísticas de los centros de referencia.

Resultados: De los 224 pacientes con diagnóstico de hipertiroidismo, n= 14 (6,25%) presentaron nódulo tóxico solitario. La relación mujer-varón fue de 5:1, la edad promedio fue de 36 años, los motivos de consulta más frecuentes fueron: adelgazamiento (57,14%), taquicardia (35,7%), temblor (28,57%) y astenia (21,42%).

En todos ellos se realizó curva de captación y centellograma tiroideo observándose la presencia de un nódulo hipercaptante, siendo siempre éstos menores a 5 cm.. Se efectuaron n= 10 (71,41%) ecografías comprobándose imágenes sólidas n= 6, mixtas n= 3 y líquidas n= 1.

Se cumplieron dosajes de T3, T4 y TSH compatibles con el diagnóstico. En los pacientes con valores border-line se realizó test de TRH-TSH (21,42%) resultando éstos planos.

Se efectuó en todos los pacientes test de Werner. A los 14 pacientes se les administró Iodo-131 dosis promedio 555 Mbq.

Posteriormente se realizó seguimiento observándose recidiva del hipertiroidismo (14,28%), e hipotiroidismo (57,14%).

Conclusión: Una de las causas francamente menos comunes de hipertiroidismo es la producida por el adenoma tóxico. El perfil hormonal basal, test de TRH-TSH, ecografía tiroidea y curva de captación con centellograma tiroideo son útiles para el diagnóstico. El test de Werner permite revelar áreas autónomas, algunas veces no advertidas por los estudios convencionales.

Los nódulos tiroideos funcionales son los candidatos ideales para terapia radiante.

() Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

PLANIFICACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER PARA LA ZONA SANITARIA I DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES **Laura, Eduardo (*)**

En enero de 1995 fui encargado por las autoridades de Salud de elaborar un Programa de Control de Cáncer. El objetivo de esta presentación es reseñar brevemente los puntos fundamentales del Programa de Corto Plazo: 1995 y 1996.

Dado que hasta el momento no ha habido en la región un Programa de esta naturaleza, el mismo pone énfasis en aspectos básicos de Control del Cáncer: mejorar la calidad del Registro de Cáncer que funciona desde hace seis años, expandir a toda la región un Programa de Control de Tabaquismo iniciado como Proyecto de Investigación Epidemiológica en la localidad de Ingeniero White en 1994 y estudiar la factibilidad de un Programa de Screening Mamario.

Dado que el cáncer no es considerada enfermedad prioritaria en nuestro país, se asignan muy escasos recursos a la Prevención del mismo.

Prácticamente la única Prevención que organizan los organismos públicos y privados hasta la actualidad es la práctica del PAP test; la publicidad

del tabaco aún es permitida en los medios masivos de comunicación y no han existido programas de Prevención de Tabaquismo o de Screening Mamario con un enfoque epidemiológico.

El Programa de Control de Tabaquismo que se desarrolla en Ingeniero White incluye acciones educativas, organizadas en las escuelas de todos los niveles de esa localidad llevadas a cabo por Promotoras de Salud especialmente entrenadas.

Como base para el Programa de Screening Mamario se están revelando los diagnósticos de cáncer de mama entre 1989 y 1994.

Otros aspectos del Programa se refieren a la formación de profesionales en Epidemiología y Prevención de Cáncer, los mecanismos de evaluación de cada Sub-Programa, cómo involucrar otras Instituciones para el logro de cada ítem y el cambio de mentalidad necesario para que se asignen recursos.

Este Programa fue aceptado tanto por las autoridades de la Región Sanitaria I como por los 15 Directores de Salud de los partidos que la integran. El 100% aportará sus datos al Registro, buscando al mismo tiempo la mejora paulatina de su calidad.

Tres de ellos (20%) decidieron implementar el Sub-Programa de Tabaquismo en forma inmediata, mientras que los restantes lo harán a partir de 1997. Con respecto al Sub-Programa de Screening Mamario, se formará una Comisión específica para analizar el tema.

() Registro Regional de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires*

ECOGRAFIA MUSCULO-TENDINOSA Y RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR. AYER Y HOY **Sclavi, Nora; Guerriero, Gabriel; Tulli, Alberto; Bertoni, Miguel; Bereilh, Diego (*)**

La ecografía músculo-tendinosa es un método de diagnóstico por imágenes que se basa en la emisión de sonido. Hasta hace poco tiempo atrás ésta era impresa en papel termosensible. Hoy al igual que la resonancia magnética nuclear es posible obtener sus imágenes en placa láser, lo cual nos otorga una mayor definición de la impresión, per-

mitiendo esto un diagnóstico más amplio y un tratamiento mejor adecuado a las diversas patologías que por intermedio de ella podemos observar.

Con respecto a la resonancia magnética nuclear, consideramos que uno de sus últimos avances como mé todo de diagnóstico por imágenes en lo que concierne a especialidades como traumatología y ortopedia, reumatología, clínica médica y otras, es el hallazgo por intermedio de sus imágenes del edema óseo, tejido que nos dio siempre la apariencia (por lo menos mediante imágenes) de cierta solidez e inextensibilidad en su trama. Hoy podemos diagnosticar este edema óseo mediante la resonancia magnética nuclear, lo cual a participado para esclarecer un número elevado de patología dolorosa osteomuscular de diagnóstico oscuro.

El siguiente trabajo consta del estudio y tratamiento realizados a pacientes en los cuales se diagnosticó patología musculo-tendinosa con ecografías; y evalúa al edema óseo como una nueva entidad nosológica dentro de la medicina.

() Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

PATOLOGIA ORTOPEDICA INFANTIL. EXPERIENCIA EN ROTACION POR EL SERVICIO DEL HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA

Guerriero, Gabriel; Tulli, Alberto; Lazzini, Luis (*)

El siguiente panel detalla la patología ortopédica y traumatológica infantil la cual se consideró de mayor aporte científico, durante un período de rotación por tres meses en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Interzonal "Sor María Ludovica" de Niños de La Plata.

La rotación fue efectuada durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 1992. La misma es una de las opciones que presenta el Servicio de Ortopedia y Traumatología de nuestro hospital; tanto como para residentes o becarios de adquirir conocimientos y experiencia en la atención del paciente infantil con o sin patología traumatológica y ortopédica.

Durante la rotación se realizó concurrencia al Servicio, con actividad en consultorios externos, ateneos de la especialidad y generales, clases teóricas y prácticas a fines con la carrera universitaria, ya que esta sala forma parte de la cátedra de ortopedia y Traumatología de la Facultad de Medicina de la Ciudad de La Plata; también se realizó actividad de quirófano.

La mayor afluencia de patología traumática ingresaba por emergencias. En consultorios externos la atención correspondía a patología ortopédica en primer lugar y posteriormente a los traumatismos con evolución tardía, crónicos y secuelares. En los ateneos de la especialidad se trataban los casos problema y la actividad de quirófanos representaba los casos ingresos por guardia y los programados.

En el marco de este desenvolvimiento fue rica la experiencia obtenida y los conocimientos adquiridos y de ella recogimos la patología que a nuestro criterio consideramos de mayor relevancia.

() Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de la Ciudad de La Plata*

CARACTERIZACION DE UNA POBLACION DE PACIENTES DIABETICOS

Solís, Daniel; Silio, Julio; Casella, Pablo; Kowaliszyn, Rubén; Ramallo, Germán (*)

Intentamos caracterizar una población de pacientes diabéticos seguidos por el consultorio externo del Servicio de Clínica Médica a través del análisis de las historias clínicas respectivas.

Analizamos 48 historias clínicas (18 varones y 29 mujeres) con edades que oscilan entre los 19 y 80 años. Evaluamos el tiempo de evolución de la enfermedad, el tratamiento instituido, el control metabólico alcanzado y la presencia de las complicaciones crónicas de la enfermedad.

El presente trabajo pretende conocer las características de los pacientes atendidos en nuestro servicio.

Posteriormente podrá compararse lo concluido con la bibliografía disponible.

(*) Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

LUXACION ACROMIOCLAVICULAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN SU TRATAMIENTO

Guerrero, Gabriel; Gasparini, Gustavo; Tulli, Alberto; Erzetec, Graciela; Zabala, Alejandro; Ramallo, Agenor (*)

Hace aproximadamente un año estamos realizando el seguimiento de los tratamientos que efectuamos en la Luxación Acromioclavicular. En ese período de tiempo se evaluaron tres pacientes con luxación acromioclavicular completa a los cuales se les practicó la operación de Dewar, un paciente con luxación acromioclavicular también completa al cual se le realizó enclavijado intramedular percutáneo transarticular, otros dos pacientes a los cuales se les realizó el tratamiento incruento conservador (uno de ellos con luxación total, el otro con subluxación acromioclavicular) y por último, una luxación-fractura acromioclavicular fue tratada en un paciente mediante método conservador.

Se tomó como pauta del tratamiento de esta afección el siguiente esquema:

-En las personas menores de años se realizó tratamiento incruento o tratamiento con transfijión percutánea horizontal con alambre de Kirschner (presentan luxación o subluxación).

-En personas mayores de años con subluxación o luxación, se realizó la plástica de Dewar (tanto en casos recientes como antiguos).

-En los casos complicados (luxofracturas), se utilizó tratamiento conservador, independientemente de la edad.

Discusión

Los resultados obtenidos no fueron totalmente satisfactorios, pero tampoco desalentadores. Si bien es poca la casuística, nuestra tarea es comprobar en nuestra práctica lo que nos indica la literatura; ello es que en la actualidad no existe un método consagrado para el tratamiento de la luxación Acromioclavicular.

(*) Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

SCHAWNNOMA MALIGNO. A PROPOSITO DE UN CASO

Aguirre, Augusto; Busca, Jorge; Gáspari, Claudio; Medori, Alfonso; Ballarino, Ramiro; Palacios, Carlos (*)

Los schwannomas malignos tienen una incidencia incierta y presentan dificultades diagnósticas por su constitución histológica, que los hace proclives a confusión, motivo por el cual el diagnóstico se realiza por inmunohistoquímica. Son tumores mesenquimáticos neurogénicos originados en las células de Schwann de los nervios periféricos, observándose en nervios intercostales, nervios de pared gástrica, abdomen, etc..

El objetivo de este trabajo es describir los hallazgos radiológicos, ecográficos, tomográficos, relacionados con la clínica y la respuesta a la terapéutica instaurada a propósito de un caso.

Presentamos un paciente de sexo masculino de 27 años de edad domiciliado en zona rural que consulta al Servicio de Neumotisiología por dolor tipo puntada de costado en hemitórax izquierdo, región paravertebral, disnea de esfuerzo de nueve meses de evolución acompañado de astenia y adinamia.

(*) Servicio de Cirugía del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

REINTERVENCIONES EN CIRUGIA

Aguirre, Augusto; Santarelli, Luis; Busca, Jorge; Gáspari, Claudio; Ceballos, Roberto (*)

Se realizó un estudio retrospectivo de las reintervenciones realizadas en nuestro hospital, por los distintos servicios que realizan actividades quirúrgicas, durante el período comprendido entre el 01/01/94 al 31/07/95, recabando información acerca de: datos de filiación, cuadro clínico, factores de riesgo, cirugía programada o de urgencia con o sin diagnóstico, vía de abordaje, órganos afectados, cantidad de intervenciones realizadas a un mismo paciente, cirujanos que efectuaron las intervenciones.

Concluyéndose: causas más frecuentes de reintervenciones en cirugía, motivos que las provocan,

incidencia sobre el total de cirugías mayores efectuadas por las especialidades quirúrgicas en el mismo período, medidas precautorias a considerar para reducir el número de relaparotomías.

(*) Servicio de Cirugía del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULARES. ESTUDIO RETROSPECTIVO

Martínez, Andrés; Izu Lu, Max; Sierra, Fernando (*)

Introducción: Se revisaron 20 pacientes con taquicardia supraventricular en los últimos 3 años, mayo de 1993 a febrero de 1995.

Se hallaron: 13 casos con antecedentes de cardiopatía; 2 con hipotiroidismo; 2 cursaban embarazo; 3 cursaban hipokalemia.

Diagnóstico: Se realizó a través de E.C.G.

De los 20 pacientes, el 70% eran de sexo femenino.

El tratamiento incluido fue el siguiente: cardioversión eléctrica: 1 (5%); farmacológico: 17 (85%); maniobras vagales: 2 (10%).

Resultados: Se logró la reversión al ritmo sinusal el 99,95% de los casos.

(*) Servicio de U.T.I. del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

AUTOPSIAS: SU IMPORTANCIA

De Feo, Fernando; Gabbarini, Carlos; Merlo, Mabel; Wisniowski, Carlos (*)

La autopsia es un procedimiento médico eficaz para el control de calidad de la atención. Contribuye a la Docencia e Investigación Científica en forma invaluable.

Durante el período 1993-1995 se realizaron 23 necropsias de pacientes que habían estado internados en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. "Dr. José Penna". No hubo una elección acorde a patología determinada o gravedad del paciente. Se efectuaron las necropsias en los casos que los familiares consensuaron dicho acto médico.

La correlación diagnóstica clínica anatomopatológica fue escasa en cuanto a la causa formal de la muerte.

Como conclusión es indispensable generalizar la práctica de la autopsia pues:

1) El estudio sistemático de pacientes fallecidos informa claramente de cualquier omisión diagnóstica o de tratamiento, con lo que permite modificar conductas futuras.

2) Contribuye a la docencia, pues posibilita, a través de ateneos anatomopatológicos, la información resumida del cuadro clínico del paciente, su seguimiento diagnóstico y terapeuta, así como los motivos de la muerte.

3) Sin lugar a dudas el patólogo a través de la necropsia puede contribuir a la investigación científica.

4) En los países desarrollados el porcentaje de necropsias realizado es una medida de la jerarquización de las instituciones médicas.

(*) Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

EXCRECIÓN URINARIA DE CALCIO Y CREATININA EN UNA POBLACIÓN INFANTIL NORMAL

Alconcher, Laura; Castro, María; Quintana, Daniel; Abt, Nancy; González, Laura; Cella, Mabel; Torelli, Mabel; Morán, Luis (*)

Introducción: La hipercalcemia es el trastorno metabólico más comúnmente encontrado en pacientes con enfermedad litiasica y la causa más frecuente de hematuria sin proteinuria, ni infección urinaria en niños. el objetivo de este estudio fue restablecer los valores de referencia para el calcio y la creatinina en orina, en una población infantil normal de nuestro medio.

Materiales y métodos: Se estudiaron 220 niños, de 5 a 13 años y se obtuvieron datos antropométricos, antecedentes familiares de litiasis y muestras urinarias de 24 hs. y al azar, para la determinación de calcio y creatinina.

Resultados: De los 220 niños, 122 fueron varones (55,45%). la edad promedio fue 9,36 años (R: 5-13). La media de la calciuria y creatinuria

expresada en mg/Kg/día fue: 2,065 + - 1,489 y 16,16 + - 5,46 respectivamente; correspondiendo al P-95 un valor de 4,74 y 24,08. La excreción de calcio no fue mayor en los niños con antecedentes familiares de litiasis. La media de la relación Ca/Creatinina en orina de 24 hs. y en la muestra al azar fue 0,14 y 0,10 respectivamente. La gran dispersión de los datos, no permitió restablecer una correlación útil entre la relación Ca/Creat. en la primer orina de la mañana y la de 24 hs., 28 niños (12,7%) tuvieron una excreción urinaria de calcio superior a 4 mg/Kg/día.

Discusión: Valores de referencia para la excreción de Ca y cReat. en orina, no han sido establecidos en nuestro país. La excreción normal de calcio en la niñez ha sido definida como menor de 4 mg/Kg/día, con una dieta habitual. Si consideramos normal los valores inferiores al P-95 nuestro punto de corte sería 4,74 mg/Kg/día, disminuyendo la incidencia de hipercalciuria al 5,45%. La relación Ca/Creat. en la primer orina de la mañana, no permitió predecir la calciuria de 24 hs.. La mayoría de los datos recopilados en este estudio coinciden con los publicados por otros autores.

(*) Servicio de Pediatría y Laboratorio del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

EDUCACION DIABETOLOGICA: COMUNICACION DE UNA EXPERIENCIA GRUPAL EN CAM- PAMENTO

**Alvarez, Alejandra; Castro, Cecilia;
Córdova, María; García, Silvia; Gabbarini, Jorge; Martínez, Paula (*)**

Introducción: Se realiza la experiencia de Campamento con 13 niños y adolescentes diabéticos (8 mujeres, 5 hombres) con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años, que participaron de las III Jornadas de Educación Diabetológica Infanto-Juvenil en Sierra de la Ventana, Provincia de Buenos Aires, los días 21, 22 y 23 de octubre de 1994.

En base a las necesidades planteadas por los pacientes y a las surgidas a partir de un cuestionario realizado al comienzo de este campamento, se desarrolló el plan de actividades educativas, de actividad física y recreación, con la intervención de

sus familias y de profesionales de las áreas pediatría, psicología y nutrición.

Objetivos: -Contribuir a acrecentar el conocimiento del manejo del tratamiento diabetológico por parte de pacientes y familiares.

-Favorecer el intercambio de experiencias.

-Promover la adquisición de correctos hábitos de alimentación y actividad física que favorezcan un óptimo estado de salud.

-Propiciar la confianza en el automonitoreo y autoinoculación.

-Desterrar falsos conceptos, de raigambre popular.

-Controlar el estado nutricional y metabólico de los pacientes.

-Detectar dificultades no reconocidas a través de la consulta médica, que puedan incidir en el manejo de la enfermedad para un eventual seguimiento posterior.

Comentarios: Consideramos que este tipo de experiencia grupal, con abordaje integral, permite abrir nuevos canales de conocimiento y comunicación entre pacientes, familiares y profesionales, promoviendo conductas que acompañan al normal crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes diabéticos.

(*) Servicios de Pediatría, Salud Mental y Nutrición del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca

ANGIOMIOLIPOMA RENAL. PRE- SENTACION DE UN CASO

**Alvarez, Guillermo; D'Orazio, Osvaldo;
Ferreira, Ricardo; Grimi, María; Lespi, Pablo (*)**

Se presenta un caso de angiomiolipoma renal que representa una variante rara dentro de los tumores benignos de riñón. Dicho tumor se halla compuesto histológicamente por tejido adiposo, músculo liso y vasos sanguíneos. La forma de presentación clínica más habitual es multicéntrica y se asocia frecuentemente con esclerosis tuberosa y linfangiomatosis.

Nuestro caso se presentó en una mujer de 46 años, en el polo superior del riñón izquierdo, asociado a imágenes hepáticas compatibles con angio-

mas. Se realizó PAAF bajo control tomográfico previo a la resección quirúrgica. Se confirmó el diagnóstico por estudio histológico.

Se realiza revisión bibliográfica con comentarios sobre diagnóstico diferencial con tumor de células renales y liposarcoma.

() Servicio de Patología del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

SALUD MENTAL. UNA EXPERIENCIA PILOTO Castro, Silvia; Pascual, Mariela; Arzuaga, Marcela (*)

Introducción: La situación actual en las salas del Servicio de Salud Mental, en las que se encuentran internados por períodos prolongados indefinidamente, pacientes cuyas altas dependen de motivos extrahospitalarios, tiene como consecuencia la superpoblación de las salas que, sumado a la escasez de personal técnico generan una abulia difícil de conover, favoreciendo la cronificación.

Objetivos: -general: creación de nuevos espacios que permitan romper con el estancamiento actual promoviendo un movimiento fundado en el interés de los pacientes.

-Específico: *Procurar efectos terapéuticos a partir de un trabajo creativo; *Generar un ingreso económico del cual pueda disponer el paciente favoreciendo la posibilidad de elección.

Material: pacientes crónicos (debilidad mental, psicosis, epilepsia).

Método: A partir del diagnóstico de situación se observó un estado de abulia general en los pacientes; algunos pacientes manifiestan la necesidad de realizar un movimiento expresándose como demanda de trabajo.

Se diseñó una actividad productiva "posible" dentro del Hospital como respuesta a dicha demanda. Se comienza con la experiencia de producción de garrapiñadas, con siete pacientes.

Actividades: -Compra de materia prima; -Producción, comercialización y administración; -Asambleas.

Resultados y discusión: Se observan efectos terapéuticos; se establece un espacio distinto al de la sala; los pacientes se hicieron cargo de la compra

de materiales y de la recaudación de dinero; otros pacientes demandan participar en esta actividad; la asamblea logra ser un espacio de discusión; actual: el taller es una alternativa para el alta.

Comentario: El trabajo efectuado sugiere la importancia de buscar nuevas alternativas en el área de internación en Salud Mental que puede significar la apertura de caminos distintos para la atención de pacientes crónicos. Posibles ampliaciones de estas experiencias servirán para evaluar la consistencia de este primer abordaje en el Servicio de Salud Mental del Hospital y que motiven nuevas inquietudes que optimicen la atención de estos pacientes.

() Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*

EN EL TRANSPARENTE... Servicio Social (*)

Introducción: El móvil de realización del presente trabajo surge de observar la relación entre los fenómenos concretos de la realidad (dibujada por desempleo, crecimiento de la pobreza, configuración de empobrecimiento, recrudescimiento de enfermedades que aparecían como controladas y cambio y aumento de la demanda hospitalaria) y las opiniones y planteos que sobre esa misma realidad llegan a la población.

En función de cómo se combinan ambos aspectos, nuestros objetivos son: *Identificar lecturas; *Inferir líneas de pensamiento; *Reconstruir el diagnóstico que de la realidad hacen los que planifican sobre ella.

Material: Recursos periodísticos: prensa escrita, testimonios orales transcritos, fotografías.

Método: Recorrido del material mencionado a través de las dimensiones que aparecen en los objetivos, previamente operacionalizadas.

() Servicio de Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca*