



## Índice

### AUTORIDADES DE LA REVISTA

#### DIRECTOR

DR. FERNANDO CARIGNANO

#### EDITOR ASOCIADO

DRA. MARTA ROQUE

#### COMITÉ DE REDACCIÓN

DR. ERNESTO ALDA  
 DR. MARCELO GARCÍA DIÉGUEZ  
 DR. HORACIO MATURI  
 DR. GUSTAVO TRÓCCOLI

#### SECRETARIO DE PRENSA

DRA. GRACIELA RODRÍGUEZ

#### DISEÑO GRÁFICO

CECILIA B. STANZIANI  
 FERNANDO SUÁREZ

ISSN 1515-8659

PROP. INTELECTUAL 457201

Indexado en LILACS Nº SECS (Bireme) 16501

Evaluada por Latindex. Sistema Reg. de  
 Información en Línea para Revistas Científicas  
 de América Latina, el Caribe, España y  
 Portugal. Folio 11842

Esta publicación es propiedad de la  
 ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA  
 Pers. Jurídica Nº 243

### Editorial

#### La cultura de la satisfacción y la sociedad de suma cero: dos teorías influyentes en la economía de la salud

*Carignano F.* 82

### Resúmenes de Comunicaciones

#### Jornadas Interhospitalarias 2007

Atención Primaria	85
Calidad Hospitalaria	86
Cardiología	87
Cirugía	89
Clínica	91
Diagnóstico por Imágenes	97
Ecografía	98
Epidemiología	99
Ginecología y Obstetricia	103
Hematología	106
Infectología	108
Laboratorio	110
Neurointensivismo	111
Neurología	113
Ortopedia	114
Pediatría - Neonatología	115
Sociología	118
Trauma	119
Unidad de Terapia Intensiva	120

Índice Alfabético de Autores 121

# LA CULTURA DE LA SATISFACCIÓN Y LA SOCIEDAD DE SUMA CERO: DOS TEORÍAS INFLUYENTES EN LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Dos de los especialistas más famosos del mundo, John Kenneth Galbraith (1908 – 2006) y Lester Thurow (1938), escribieron sendos, y archiconocidos, tratados sobre su disciplina que están convertidos en una suerte de íconos de los cultores de la economía mundial.

El primero de ellos, Galbraith, exhibe un meduloso estudio de la sociedad estadounidense y señalando que es claro que el sector social más empobrecido es pasible de sufrir más enfermedades, las que figuran en los tratados de medicina y las sociales como la drogadicción y la proclividad al incumplimiento de la ley. Todo ello sería claramente expuesto, estadísticas mediante, por el Informe del Desarrollo Humano emitido por el Banco Mundial un año después de la publicación del texto que cito (1993).

A su vez, Thurow, en un libro recomendable, de agradable lectura aún para los legos en la materia, concluía en que en economía no hay un progreso o crecimiento reales, debido a que cuando alguien gana o crece sobresalientemente, lo hace a expensas de la pérdida o decrecimiento de otra empresa, persona o unidad económica. Si alguno gana de más, hay otro que pierde de más, sería la conclusión de un profano.

Si bien en el pasado eran pocos los afortunados económica y socialmente –y además gobernaban-, el desarrollo de este sector hace que hoy haya muchos más favorecidos, porque los niveles de vida han crecido, pero, en mi opinión, no se ve una contrapartida de avance igual en los sectores más relegados. Solamente han cambiado algunos factores, lo que ayer hacía la peste bubónica, hoy lo hace el «paco».

Cierto es que afirmar que los opulentos resisten mejor los cambios adversos, en cualquier aspecto de la vida, que los marginados, resulta una verdad de Perogrullo. Pero también debemos decir que esta sensación de bienestar que les da la mejor situación socioeconómica, no necesariamente calla a

sus favorecidos, sino que, por el contrario, exagera su propensión a la puja distributiva. Mantener y acrecentar la satisfacción es el norte y se trata de lo inmediato, sin preocuparse por las consecuencias nefastas a largo plazo que, en la mayoría de los casos, no se sabe con certeza si van a producirse.

Tampoco se crea que estoy refiriéndome exclusivamente a aristócratas, empresarios exitosos o comerciantes de nota; este grupo de prósperos reconoce a otra porción de la sociedad, como, por ejemplo, la dirigencia política, con valiosísimas excepciones.

La democracia no es, en sí misma, un curativo a esta situación ni tampoco, por sí misma, torna más equitativa una sociedad. Del estado republicano participan mucho más los afortunados que los excluidos socialmente y las ayudas gubernamentales no sólo no son suficientes, sino que además son sospechosas. Sin embargo, en toda la historia humana, no se ha percibido un sistema político mejor. Entonces podremos inferir que las acciones políticas a largo plazo, fortaleciendo las bases para que cada miembro del grupo social disponga de los instrumentos necesarios para desarrollarse, sería el accesorio imprescindible para componer un estado democrático real, además de nominal. Poner a cada conciudadano en el mismo punto de partida para la carrera de la vida, con igual indumentaria y compensado las diferencias físicas y sociales, debería ser el objetivo a perseguir por cualquier gobernante. También es verdad que pocos lo hacen.

Estos dos conceptos, cultura de la satisfacción y suma cero, son perfectamente aplicables a la economía de los sistemas de salud, pues existe una medicina de la «satisfacción» y el elevado costo de su práctica desequilibra la delicada ecuación que debe preservarse entre las demandas infinitas y los recursos limitados, de la cual hablamos ya muchas veces. Defino como «medicina de la satisfacción» a

aquellas acciones tendientes a modificar estados fisiológicamente normales, que no son aceptados como tales por los enfermos, sea por inducción o simplemente porque ellos lo sienten así. Los cambios que experimenta el ser humano con el paso de los años son un ejemplo claro a mi entender.

Estos dineros que se destinan a prestaciones que no son conducentes a mejorar ninguna de las variables con las cuales se mide el estado de salud de una población determinada, persiguiendo un bienestar efímero, alteran el fiel de la balanza y hace que persistan, y aún crezcan, enfermedades previsibles (infecciosas, desnutrición, accidentes de tránsito) mientras que, por otro lado, se gastan ingentes sumas en prestaciones de utilidad superflua, dudosa o nula. Esta contraposición, en términos sanitarios, es inaceptable porque incrementa la inequidad en una necesidad básica del ser humano. El contraste explícito que se ve en nuestras calles diariamente, donde conviven autos de alta gama y de porte elegante con inseguros carros tirados por caballos enclenques metaforizaría gráficamente la situación que procuro describir.

Este estado de cosas conspira contra todos los componentes del sistema, generando médicos descontentos, pacientes insatisfechos, gasto ineficiente y burocracia superlativa. Los profesionales de la salud aspiran a vivir decentemente con una carga horaria laboral acorde a cualquier trabajador y con una remuneración congruente a su nivel de capacitación, condiciones que, hoy por hoy, aparecen como lejanas, salvo alguna excepción. Es cierto también que esto se repite en otras profesiones y, en general, con mayor crudeza. Los pacientes no ven colmadas sus expectativas porque los encargados de financiar la atención de sus afecciones las sobrealimentan encarnándoles la frase «... *Ud. está totalmente cubierto*», falacia que se constituye en la principal culpable de la decepción que sienten. A la ineficiencia del gasto y al aparato burocrático que significan las casi 300 obras sociales en nuestro país ya lo hemos criticado consecuentemente antes de ahora, así que no volveré a machacar sobre ese asunto.

Por fortuna, hay muchas maneras de ir solucionando estos desaciertos y, tal como viene pintando la cosa desde siempre, los cambios deberán venir desde abajo y surgir de un acuerdo adulto entre los que legislan, los que ejecutan y los protagonistas del problema: trabajadores de la salud, pacientes y financiadores. A vuelo de pájaro, porque esto meritara un detalle más meduloso, crear una ley que reglamente en forma precisa la actividad, otorgarle un financiamiento adecuado, marcar los límites de cobertura, modificar conductas prescriptivas, invertir con criterio de relación costo/beneficio y no por rédito político, reducir el número de prestatarias y hacerle tomar conciencia a la población de que

no puede accederse, por desgracia, a medicina del primer mundo en un país en desarrollo como el nuestro, serían algunas de las herramientas a usar. Esperemos que el nuevo gobierno recree el escenario imprescindible para comenzar a reconducir el sistema sanitario argentino.

Dr. Fernando Carignano  
Secretario General de la AMBB  
Director de la RCAMBB

## JORNADAS INTERHOSPITALARIAS 2007

INTERHOSPITAL MEETING 2007

*Organizadas por los Hospitales Gremiales  
de la Asociación Médica de Bahía Blanca:  
Hospital Privado del Sur y Hospital "Dr. Felipe Glasman  
y el Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Sur*

### **"MEDICINA DE LA PREVENCIÓN A LA TERAPÉUTICA"**

*2, 3 y 4 de Noviembre de 2007*

*Sede: Avda. Colón 80 - Bahía Blanca  
Provincia de Buenos Aires - Argentina*

#### **Las Jornadas Interhospitalarias 2007 han sido auspiciadas por:**

- Colegio de Médicos de la Pcia de Buenos Aires Distrito X
- Municipalidad de Bahía Blanca
- PROCISA (Programa de Ciencias para la Salud, integrado por la Fundación Médica de Bahía Blanca, la Universidad Nacional de La Plata, la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional del Sur).
- Universidad Nacional del Sur.
- Comité de Docencia e Investigación del Hospital Italiano Regional del Sur
- Comité de Docencia e Investigación del Hospital Interzonal "Dr. José Penna"
- Comité de Docencia e Investigación del Hospital Municipal «Dr. Leónidas Lucero»
- Comité de Docencia e Investigación del Hospital Regional Español
- Comité de Docencia e Investigación del Hospital Militar.
- Comité de Docencia e Investigación del Hospital Naval Puerto Belgrano
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva - Filial Bahía Blanca
- Sociedad Argentina de Cardiología - Filial Bahía Blanca
- Sociedad de Cirugía de Bahía Blanca
- Sociedad de Ginecología y Obstetricia
- Sociedad de Medicina Interna
- Asociación de Radiología y Medicina por Imágenes de Bahía Blanca
- Sociedad de Pediatría-Filial Bahía Blanca
- Colegio de Fonoaudiólogos de la Pcia de Bs. As.
- Colegio de Psicólogos de la Pcia de Bs. As.
- Colegio de Bioquímicos Distrito X
- Asociación Argentina de Microbiología Filial Sur
- Centro de Analistas Clínicos Distrito X.

---

#### **Correspondencia:**

##### **Hospital Privado del Sur**

Las Heras 164, 8000-Bahía Blanca. E-mail: secretaria@hps.com.ar

##### **Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»**

Patricios 347, 8000- Bahía Blanca. E-mail: direccion@hambb.com.ar

**Recibido:** 11 de Octubre de 2007

**Aceptado:** 31 de Octubre de 2007

## Atención Primaria

### HOSPITAL DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA «DR. FELIPE GLASMAN» LIBRE DE HUMO AMBIENTAL DE TABACO

Damiani Luis Alberto.

Servicio de Clínica Médica. Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»

Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: luis\_dam@patagoniant.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca «Dr. Felipe Glasman» (H.A.M.) está orientado a la atención primaria y a la internación de baja y mediana complejidad. Si bien en ciertos sectores del hospital nunca se veía fumar, no existían normas explícitas que impidieran hacerlo en otros lugares, donde se fumaba individual o grupalmente. Las personas que fumaban dentro del hospital pertenecían a dos grupos: personal del hospital y personas en tránsito por el hospital. **OBJETIVOS:** Transformar al H.A.M. en un ambiente libre de humo de tabaco. Conocer la prevalencia del tabaquismo en el hospital, las normas y conductas vigentes respecto al fumar y la predisposición al cambio. Crear conciencia de los beneficios del aire libre de HAT, y motivar para el cambio. Elaborar y poner en práctica nuevas normas para que no se fume en el hospital. Atender las necesidades de toda persona fumadora. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Conformación de un equipo de trabajo. Afiches y folletos informativos. Encuestas. Talleres. **RESULTADOS:** Gestación y aprobación del proyecto: Octubre 2004-Marzo 2005. Realización de la Encuesta de «Tabaquismo en el H.A.M. 2005». Apertura del Consultorio de Cesación Tabáquica del HAM: Noviembre de 2005. Determinación del 31/05/06 como «DÍA DEL H.A.M. SIN TABACO», fecha a partir de la cual no se podrá fumar en ninguna dependencia cerrada del H.A.M. Señalización de ambiente libre de humo en todas las dependencias del hospital. Implementación y control la nueva disposición de no fumar. **CONCLUSIONES.** El proyecto se implementó en un momento en el que sólo en el Hospital Municipal «Dr. Leonidas Lucero» se prohibía fumar por ordenanza y en el resto de los hospitales de la ciudad se fumaba. Además, se hizo con una metodología que involucró en forma participativa a todos los niveles del personal del hospital. Se logró transformar las actitudes y costumbres del personal con respecto al fumar y actualmente se respeta la nueva normativa aunque se reevaluará la nueva realidad con otra encuesta en el próximo año.

### RESEÑA DEL PROGRAMA HOSPITAL INTERZONAL «DR. JOSE PENNA» «LIBRE DE HUMO»

Laura Eduardo, González Mariana, Mendiando Vanina, David Natalia, Polak Cecilia, Musali Rosa

Registro de Cáncer de Bahía Blanca. Hospital Interzonal «Dr. José Penna».

Lainez 2403, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires.

E-mail: aapec1@criba.edu.ar

**INTRODUCCIÓN:** La Ley Provincial 11.241/92 estableció la prohibición de fumar en todos los establecimientos del ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo hasta Julio de 2006 se fumaba en forma habitual dentro del Hospital. Los ámbitos de Salud son lugares claves para implementar este tipo de estrategia que estudios de las últimas décadas han demostrado como muy útil en el Control del Tabaquismo ya que los profesionales de la salud son vistos por la población como ejemplo y los que concurren para asistirse a los Servicios de Salud están especialmente sensibilizados con respecto a los temas que hacen a la misma. **OBJETIVO:** Reseñar los pasos seguidos para implementar el Programa. **MATERIALES Y MÉTODOS:** En Hospital Penna tiene 40.000 m<sup>2</sup> cubiertos, trabajan en él 1150 personas y en 2006 se asistieron 153.722 consultas. La Asociación de Prevención y Educación del Cáncer (AAPEC) lideró este Programa que siguió los lineamientos de la Guía Nacional de Instituciones de Salud Libres de Humo: se constituyó una Comisión específica, se efectuaron talleres para sensibilizar al personal, se colocó cartelera adecuada y se comprometió progresivamente a las autoridades del Hospital. Se contó con la activa participación de Profesionales, Voluntariado y de la Cooperadora. Se imprimió una revista «Hospital Penna Libre de Humo» que se entregó a cada trabajador de la Salud y también a la gente que se encontraba fumando en los pasillos haciéndoles conocer que estaba habilitado un patio abierto en el subsuelo; además se hicieron llegar numerosos ejemplares al Concejo Deliberante de Bahía Blanca. Se realizó una encuesta al personal.

**RESULTADOS:** Se realizaron cuatro reuniones de seguimiento y evaluación y dos talleres para el personal. De la encuesta surgió que el 65.64% del personal está expuesto al Humo Ambiental de Tabaco, que el 76.12% de los fumadores están de acuerdo con que el hospital sea un ambiente 100% libre de humo de tabaco, compartiendo la opinión con el 95.42% de los no fumadores. **CONCLUSIÓN:** Se logró una importante conciencia de Profesionales y del Personal y transcurrido un año el Hospital se encuentra Libre de Humo en un 95% con la excepción de algunos focos problemáticos.

## Calidad Hospitalaria

### IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE REPORTE DE ERRORES

Esandi María Eugenia, Giorgetti Osvaldo Luis, García Dieguez Marcelo Raúl, Jorge Claudia  
Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: subdirector@hambb.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** La sala de operaciones es uno de los lugares más proclives a la ocurrencia de errores en la atención de las personas. Para minimizarlos se utilizó en este trabajo una herramienta denominada Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). **MATERIALES Y MÉTODOS:** Desde Septiembre de 2005 a Noviembre de 2005 se estableció un sistema de reporte de errores. En él los distintos actores del hospital notificaban en forma anónima los errores observados. Se individualizaron los de alta vulnerabilidad y los de alto riesgo. A partir del reporte se utilizó el Número de Prioridades según Riesgo (NPR). **RESULTADOS:** Durante el período descrito se reportaron 7 errores. Los mismos directa o indirectamente estaban vinculados al sistema de traslado de pacientes a quirófano. Se diseñó un diagrama de flujo y en cada situación se pensaron los escenarios probables de errores. A partir de aquí, se delinearon recomendaciones no sólo para el error específico en el que trabajamos, sino herramientas útiles en otras tareas. **CONCLUSIONES:** Se presenta una metodología de trabajo útil para evitar errores en el ámbito hospitalario. La misma tiene como doble función generar una cultura de denuncia de errores e incorpora recomendaciones para su evitabilidad.

### CLIMA DE SEGURIDAD PERCIBIDO POR LOS AGENTES DE UN HOSPITAL PRIVADO

Giorgetti Osvaldo Luis, Esandi María Eugenia, García Dieguez Marcelo Raúl, Ortiz Zulma, Jorge Claudia  
Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires.

E-mail: subdirector@hambb.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** Describir el clima de seguridad percibido por los agentes de salud del Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Utilizando una encuesta auto-administrada y anónima se solicitó información sobre la percepción del clima de seguridad del hospital a 107 agentes. Los ítems se valoraron convencionalmente de 1 a 5, correspondiendo 1 a la respuesta «totalmente en desacuerdo» y 5 totalmente de acuerdo. A partir de esta evaluación se realizaron los cálculos estadísticos correspondientes, considerándose respuestas positivas las pertenecientes al valor 4 (levemente de acuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo), excepción hecha de una de las

preguntas cuya respuesta positiva es la inversa (1 y 2). A partir de estos resultados se estimó la media general, la media y puntaje del clima de seguridad (PCS) (escala 0-100) percibido por los agentes de salud de la institución con la metodología propuesta. **RESULTADOS:** El promedio general considerando todas las preguntas fue 4,02 y el de clima de seguridad 3,73. Un 37% de los encuestados presentó un PCS mayor a 75. Se realizó una matriz identificando por colores (verde, amarillo y rojo) las áreas según la percepción manifestada y a partir de allí tuvimos un mapa sobre donde actuar con mayor énfasis. Los sectores donde mayor percepción de inseguridad se manifestó fueron en rayos y en quirófano donde los valores estuvieron por debajo de la media. **CONCLUSIONES:** Se presenta un método que nos permite identificar el grado de percepción de la seguridad en distintos sectores del hospital. Los resultados pueden ser utilizados como base para la incorporación de herramientas de mejoramiento.



## Cardiología

### IMPORTANCIA DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON TROMBO ASPIRACIÓN CON CATÉTER EXPORT EN LA PREVENCIÓN DE LA EMBOLIZACIÓN DISTAL Y NO REFLOW, EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y OBSTRUCCIÓN TOTAL DE LA ARTERIA CORONARIA CULPABLE.

Alvarez Carlos Alejandro, Cristino Alberto, Ordoñez Fernando Fabián y Alvarez Iorio Carlos Jacinto.

Hospital Privado del Sur.

Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina.

E-mail: alejandro@hemodinamiadelsur.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** La carga de trombo y/o la embolización distal durante la Angioplastia Coronaria Primaria puede ser una causa mayor contribuyente a disfunción micro circulatoria, y puede ser reducida por la remoción de coagulo previo antes del stenting. **OBJETIVOS:** Evaluar la eficacia de la trombo aspiración con el catéter Export en reducir la embolización distal y, potencialmente, mejorar la incidencia del flujo coronario Timi III y la disfunción micro circulatoria miocárdica. **MÉTODOS.** Se analizaron prospectivamente treinta (30) pacientes consecutivos, edad: 35-80(61), masculinos: 22 (73%), hipertensos: 15 (50%), diabéticos: 5 (16,6%), revascularización previa: 5 (16,6%), infarto previo: 2 (6,6%), localización anterior: 20 (66,6%), inferior: 5 (16,6%), ventana de tiempo: 0-3 horas: 11 (36,6%), 4-6 horas: 14 (46,6%), menos de 6 horas: 83,2% killip 1 : 24 (80%), killip 2-3: 6 (19,3%) enfermedades de múltiples vasos: 10 (33%), descendente anterior: 20 (66,6%), Timi 0 previo: 100%, embolización distal previa: 3 (10,7%), trombo pequeño: 2 (7,1%), trombo mediano: 4 (14,3%), trombo grande: 6 (21,4%), extenso: 16 (57%), stenting directo: 28-26 (92,8%). Se analizó flujo Timi post alambre guía, post Export y post stent. La reperfusión miocárdica se evaluó con la resolución del ST y blush miocárdico. El éxito del catéter Export se midió en si alcanzó y sobre paso la lesión. **RESULTADOS:** Éxito del catéter Export: 93,3% (30/28); éxito angiográfico: 85,7% (28/24); complicación del procedimiento: 0%, complicación hospitalaria: 2 (1 infarto agudo, 1 muerte). Le obtención inmediata de flujo post Export: 92,8% (28/26), Timi 0: 2 (7,1%) Timi I: 6 (21,4%) Timi II: 14 (50%), Timi III: 6 (21,4%) Timi III post stent: 24 (85,7%) Timi II: 4 (14,2%), Timi II-III: (100%), no reflow: 0, stenting directo: 92,8% (28/26), resolución del ST > del 50%: 22 (78,8%) resolución del ST > del 70%: 7 (25%) complicaciones intrahospitalarias: 1 muerte (insuficiencia cardíaca), 1 infarto agudo de miocardio. **CONCLUSIONES:** De nuestra experiencia con una población reducida de pacientes, la trombo aspiración con catéter Export fue un procedimiento seguro y eficaz, con alto índice de éxito. Logró una alta tasa de obtención inmediata de flujo coronario que permitió realizar, en la mayoría de los casos,

stenting directo y obtener un aceptable éxito del procedimiento y de la reperfusión miocárdica. Quizás el alto porcentaje de pacientes tratados con una ventana de tiempo menor de 6 horas ayude a explicar estos resultados.

### RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS DE LA ANGIOPLASTIA CORONARIA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

Álvarez Carlos Alejandro, Cristino Alberto, Ordoñez Fernando Fabián y Álvarez Iorio Carlos Jacinto

Hospital Privado del Sur.

Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos

Aires.Argentina.

E-mail: alejandro@hemodinamiadelsur.com.ar

**OBJETIVO:** Evaluar los resultados de la angioplastia coronaria (atc) y la evolución clínica intrahospitalaria en pacientes (p) mayores de 75 años. **MATERIAL Y METODOS:** Se analizaron retrospectivamente 125 (p) consecutivos (01/01/05 al 31/12/06), mayores 75 años (75 a 89) (media 78), que fueron sometidos a (atc) masculino: 68 p (54,4%), hipertensos: 113 (90,4%), diabéticos: 29 (23,2%), dislipémicos: 77 (61,6%), ex tabaquista: 44 (35,5%), obesos: 18 (14,4%), atc previa: 18 (14,4%), cirugía coronaria: 14 (11,1%), enfermedad coronaria previa: 65 (52%). Según su cuadro clínico: angina estable 10 p (8%), angina progresiva 20 p (16%), angina de reciente comienzo 35 p (28%), síndrome coronario agudo (sca) sin elevación del st 49 p (39,2%), sca con elevación del st 11 p (8,8%), lesión de 1 vaso: 58 p (46,4%), múltiples vasos: 68 p (53,6%). Se colocaron 182 stents (st) (1,45 por p), 32 st con droga (17,58%). A 84 p (67,2%) 1 st, a 40 p (32%) múltiples st y 1 atc con balón (0,8%). **RESULTADOS:** Éxito angiográfico: 121 p (96%), éxito clínico: 119 p (95,2%), eventos menores: 10 p (8%), hematoma 1 p, insuficiencia (i.) renal 3 p, pseudoaneurisma 1 p, sangrado 2 p, i cardíaca 3 p. Eventos mayores 6 p (4,8%), óbitos 4 p (3,2%) (por infarto con i. cardíaca) y accidente cerebral 2 p (1,6%). **CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia la atc en p añosos resultó ser un método de revascularización coronaria con alta tasa de éxito clínico y angiográfico y con una morbimortalidad aceptablemente baja.

**RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y EN EL SEGUIMIENTO ALEJADO DE LA ANGIOPLASTIA CORONARIA CON STENT ZOTAROLIMUS MEDTRONIK (ENDEAVOR), EN PACIENTES CON LESIONES CORONARIAS DEL MUNDO REAL.**

Alvarez Carlos Alejandro, Cristino Alberto, Ordoñez Fernando Fabián y Alvarez Iorio Carlos Jacinto.

Hospital Privado del Sur.

Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires.

E-mail: alejandro@hemodinamiadelsur.com.ar

**OBJETIVO:** Evaluar los resultados clínicos intrahospitalarios y en el seguimiento alejado de nuestra experiencia con stent Zotarolimus Medtronic en lesiones de pacientes del mundo real. **MÉTODOS:** Se analizó retrospectivamente la Angioplastia Coronaria de 72 pacientes consecutivos (11-5-2005 hasta 12-6-2006), edad :37-89 (63), masculino:51 (77%), hipertensos: 35 (48,6%), diabéticos: 21 (23%), Angioplastia Coronaria previa: 11 (15%), cirugía coronaria: 3 (4,1%), insuficiencia renal: 5 (6,9%), angina inestable estabilizada: 70 (97%); Indicaciones: restenosis de stent convencional: 11 (10,7%), ostiales de descendente anterior: 8 (7-8%), obstrucción total: 11 (10,7%), bifurcación: 6 crushing (5,8%), vaso menor de 3 mm: 44 (43%), longitud mayor de 20 mm: 52 (5,9%). Se dilataron ochenta y ocho (88) arterias: tronco coronaria izquierda: 2, descendente anterior: 39 (44,3%), circunfleja: 22 (25%), coronaria derecha: 20 (22,7%), diagonal: 5 (5,6%). Se implantaron ciento dos (102) stents, predilatándole siempre, longitud del stent: 18 mm-8 (7,8%), 24 mm-23 (22,5%), 30 mm-71 (69,6%). Diámetro: 2.25 mm-7 (6,8%), 2.5mm-30 (29,4%), 2.75mm-8 (7,8%), 3.0 mm-42 (41%) y 3.5 mm-15 (14,7%). Angioplastia de un (1) vaso: 56 (77,7%), dos (2) vasos: 16 (22,2%). Se obtuvo un seguimiento de 72 100%, en un período de 6-14 meses (media 9 meses). **RESULTADOS:** Éxito del procedimiento: 72 (100%), éxito de device: 72 (100%), éxito de la lesión: 72 (100%). Complicaciones: 0. Seguimiento: muerte: 0, infarto agudo de miocardio: 1 (1,3%), trombosis del stent: 2, sub. aguda: 1, tardía: 1, revascularización lesión tratada: 5 (6,9%), eventos mayores: 6 (8,2%), supervivencia libre de infarto agudo de miocardio-muerte: 98,6%, supervivencia libre de revascularización de lesión culpable: 93%, supervivencia libre de eventos mayores: 91,8%. **CONCLUSIÓN:** En nuestra experiencia, el stent Endeavor, en la Angioplastia de lesiones del mundo real resultó un stent fácil de liberar e implantar, de significativa eficacia clínica, con excelente perfil de seguridad y con resultados clínicos estables a mediano plazo.



## Cirugía

### CIRUGIA VIDEOASISTIDA DE TIROIDES

Recio Sergio, López Hernán.  
Hospital Regional Español. Hospital Municipal de Agudos  
«Dr. Leonidas Lucero»  
Estomba 571, Estomba 968; (8000) Bahía Blanca,  
Buenos Aires. Argentina.  
E-mail: hernanlopez1976@hotmail.com

**INTRODUCCIÓN:** En los últimos años la cirugía endoscópica ha ganado importancia y desplazado a la cirugía convencional en algunos procedimientos. El desarrollo de instrumental endoscópico ha favorecido la expansión hacia otros órganos en espacio cerrados como el retroperitoneo y el cuello. En el año 1996 Gagner lleva a cabo la primera cirugía endoscópica de las glándulas paratiroides. Luego Hüscher, Yeung, Miccoli y Shimuyu proponen y llevan a cabo esta misma vía de abordaje quirúrgico para la cirugía de las glándulas tiroideas. El beneficio potencial de la identificación de estructuras neurovasculares importantes con la magnificación de la visión endoscópica y el desarrollo de instrumentos endoscópicos de menor diámetro y el mejor resultado cosmético han favorecido el desarrollo de la cirugía endoscópica y video asistida de las glándulas tiroideas. **OBJETIVOS:** Análisis del dolor postoperatorio y su resultado cosmético. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se operaron 6 pacientes con diagnóstico de nódulos tiroideos unilaterales. Se utilizó un equipo de cirugía endoscópica con una cámara de 5 milímetros de 30 grados e instrumental de cirugía delicada o microcirugía. Se realizó una incisión de 1.5 Mm. de longitud en la región anterior baja del cuello. En todos los casos se llevó a cabo biopsia por congelación. Se evaluó el dolor posoperatorio con la escala visual numérica en las primeras 8 horas del posoperatorio donde se le dio el alta hospitalaria junto con la misma escala que la completaron los pacientes las primeras 48 horas postoperatorias. Para la evaluación estética se le pidió al paciente que evalué como le ha quedado su cicatriz el cual la clasificó en excelente, muy buena, regular y mala. **RESULTADOS:** No se hallaron complicaciones del procedimiento quirúrgico. El análisis del dolor postoperatorio el resultado final fue de 1.83 en el promedio general (escala 1-10). En cuanto al resultado cosmético fue clasificado como excelente, siendo la mayor cicatriz registrada de 2 cm. de longitud. **CONCLUSIONES:** Es un método altamente satisfactorio en cuanto al dolor postoperatorio y su secuela cicatrizal.

### UTILIZACIÓN DEL BISTURÍ ARMÓNICO EN CIRUGÍA LAPAROSCOPICA AVANZADA.

Cristobo Juan Pablo, Cantarelli Sergio Oscar, Egidi Gabriel Alejandro  
Hospitales Gremiales de la Asociación Médica de Bahía Blanca. Alsina 575, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: jcristobo@intramed.net

**INTRODUCCIÓN:** El bisturí armónico es un sistema que usa la energía ultrasónica de alta frecuencia para cortar y coagular tejidos con una temperatura relativamente baja (50-100° C). La energía eléctrica es transformada en energía mecánica, haciendo vibrar la punta del instrumento a 55.500 ciclos por segundo. Cuando la hoja activa se pone en contacto con el tejido, los enlaces de H+ se rompen y las proteínas de las células se desnaturalizan. El resultado es que la proteína desnaturalizada forma un coágulo pegajoso. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se presentan ejemplos de cirugías video-asistidas en los cuales se utilizó el mencionado instrumento. **CONCLUSIONES:** Sus especificaciones permiten la hemostasia segura de los vasos de menos de 5 mm de diámetro. Mejora el control y precisión sobre corte y la coagulación. Produce un mínimo daño termal lateral. No hay carbonización de tejidos y baja la formación de humo. No hay dispersión de energía, no proporciona estimulación neuromuscular y no hay paso de electricidad a través del paciente. Por último, la utilización del bisturí armónico se asocia con una disminución significativa del tiempo quirúrgico.

### REEMPLAZO DE PARED ABDOMINAL EN EVENTRACIÓN GIGANTE CON MALLA DE POLIPROPILENO TITANIZADO (TIMESH)

Cristobo Juan Pablo, Cantarelli Sergio Oscar, Egidi Gabriel Alejandro  
Hospital Privado del Sur. – Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Alsina 575 (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: jcristobo@intramed.net

**INTRODUCCIÓN:** La introducción reciente en el mercado de las mallas de Polipropileno titanizado, permite por primera vez, tener un elemento protésico irreabsorbible con poros, que se puede colocar en contacto directo con el contenido abdominal. Hasta la aparición de este material, la única opción eran las mallas de teflón (PTFE), las cuales no se incorporan a la cicatriz y en casos de infección, se deben retirar en el 100% de los casos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente masculino de 84 años que presenta una eventración gigante, secundaria a una infección grave de la pared abdominal, posterior a cirugía biliar, con incisión subcostal

derecha ampliada a la izquierda. Para la reconstrucción de la pared se utilizó una malla de Polipropileno Titanizado (Timesh) en contacto directo con el contenido abdominal. CONCLUSIONES: La malla de Polipropileno Titanizado es una excelente opción en los casos en los cuales no se logra crear un plano de protección entre la malla protésica y el contenido abdominal. La presencia de poros en la malla facilita que se incorpore a la cicatriz y la cobertura de titanio permite colocarla en contacto directo con el intestino sin el riesgo de fístulas.

## Clínica

### ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR EN ADOLESCENTE CON PSORIASIS CUTÁNEA.

Rodríguez Gil Gustavo, Castell Esteban, Venara Guillermo Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero» de Bahía Blanca.

Instituto IRReDiM, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. Estomba 968; (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires.

**INTRODUCCIÓN:** La psoriasis afecta de 1 al 3% de la población general y de estos el 20 al 30% son reportados en asociación con artritis. En la población pediátrica, la frecuencia de psoriasis es baja, alrededor del 0,5 % en menores de 16 años. La artritis séptica de origen bacteriano representa aproximadamente el 6,5 % de las artritis en la edad pediátrica, representando solo el 9% en edad alrededor de los 15 años. Diferentes trabajos coinciden en señalar que el *Stafilococcus aureus* como segunda causa de artritis séptica. Se presenta con mayor frecuencia como monoartritis, siendo el 90% de las articulaciones afectadas: rodillas, caderas, codos y tobillos, no encontrando la articulación esternoclavicular como sitio de afectación en las diferentes series evaluadas. **PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente de 15 años de edad derivada a Reumatología por presentar dolor y tumefacción en la articulación esternoclavicular izquierda de 15 días de evolución. No presentó fiebre ni compromiso general durante las dos semanas de evolución. Recibió tratamiento completo con Amoxicilina-Clavulánico por otitis media supurada. Como antecedentes personales presenta psoriasis cutánea en tratamiento con retinoides, asintomática al momento de la consulta. No refiere drogadicción. Buen medio socio-económico. Examen físico: Tumefacción y dolor exquisito a la palpación en la articulación esternoclavicular izquierda, redondeada, de 5 centímetros de diámetro. Resto de las articulaciones normales. Piel normal. Otoscopia normal. Laboratorio: Leucocitos: 15000/mm<sup>3</sup>, con desviación de la fórmula a la izquierda. Eritrosedimentación: 48 mm/h. Motivo de derivación: sospecha de artritis psoriásica. Se procedió a realizar artrocentesis de dicha articulación. Se extrajeron 5 ml. de material purulento, se envió a examen citológico y cultivo. Se comenzó tratamiento con Cefalexina 2 gr/día vía oral, en forma ambulatoria dado el buen estado general de la paciente. En el cultivo desarrolló *Stafilococcus aureus*. Se interconsultó a Infectología, indicando asociar Rifampicina. La paciente tuvo una evolución excelente, no volviendo a presentar ningún síntoma ni signo articular. **CONCLUSIONES:** La presentación articular de la paciente no es la habitual para una artritis psoriásica. Comienza como una artritis asimétrica de grandes y pequeñas articulaciones. La articulación de la rodilla es la más comúnmente afectada.

### COMPARACIÓN DE LOS RIESGOS DE CÁNCER EN BARRIOS DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA CERCANOS AL POLO PETROQUÍMICO.

Laura Eduardo, Vacchino Marta, González Mariana Soledad, Mendiondo Vanina Soledad, Musali Rosa Ana, David Natalia.

Registro de Cáncer de Bahía Blanca, Hospital Interzonal de Agudos «Dr. José Penna»

Lainez 2403, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. E-mail: aapec1@criba.edu.ar

**INTRODUCCIÓN:** La población cercana al Polo Petroquímico ha expresado su percepción de un incremento en los riesgos de cáncer. Por tal motivo en Mayo del 2005 la Municipalidad nos encomendó una investigación para conocer la situación real. Fue necesario separar los casos de cáncer de los años 1989 al 2002 en: Ingeniero White, Villa Rosas y el resto de la ciudad de Bahía Blanca. **OBJETIVO:** Determinar si en las áreas cercanas a la zona petroquímica se ha producido un incremento en los riesgos de cáncer en comparación con el resto de la ciudad de Bahía Blanca. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Fueron delimitados los radios censales correspondientes a Ing. White y Villa Rosas. Como nuestro programa guarda los datos por partidos y no por barrios, fueron separados en forma manual, los casos de cáncer del año 1989 al año 2002 de las tres zonas: Ing. White, Villa Rosas y resto de la ciudad de Bahía Blanca. Fueron calculadas y comparadas la tasas de incidencia por períodos (1989-1992, 1993-1997 y 1998-2002) correspondientes a cada barrio. **RESULTADOS:** Entre 1989-1992 considerando a los varones, se encontraron diferencias significativas en laringe donde en Villa Rosas resultó menor que en Ing. White y que en el resto de la ciudad; pulmón y sitio primario desconocido en Villa Rosas fue mayor con respecto a Bahía Blanca (B.Bca.). En las mujeres de Villa Rosas fue mayor la incidencia en el cáncer de mama con respecto a Bahía Blanca, también en Bahía Blanca y Villa Rosas fue más alto el cáncer de ovarios y riñón que Ing. White, además en Bahía Blanca la tasa de incidencia de vejiga urinaria es mayor que en Ing. White. Entre 1993-1997 encontramos en varones diferencias significativas en laringe: menor en Ing. White que en B.Bca. y Villa Rosas, riñón mayor en B.Bca. que en Ing. White y próstata mayor en Villa Rosas que en B.Bca. En las mujeres de B.Bca., encontramos mayor incidencia en páncreas, ovarios, riñón, sistema nervioso y en cuello uterino menor que en Ing. White y Villa Rosas. Entre 1998-2002 en mujeres, se encontraron diferencias significativas en esófago, hígado, mama y linfomas siendo menores en Ing. White que en B.Bca. colon/recto mayor en Villa Rosas que en Ing. White y B.Bca. leucemias, cuello uterino, riñón y sistema nervioso menor incidencia en IW con respecto a B.Bca. y Villa Rosas. Entre los varones se

encontraron diferencias significativamente menores en Ing. White en el sistema nervioso central y linfomas con respecto a B.Bca. Se encontraron diferencias no significativas en la comparación directa en el cáncer de pulmón de varones la cual fue significativa al hacer la comparación indirecta, siendo mayor en Ing. White. **CONCLUSIÓN:** Comparando los diversos periodos no se confirman los temores expresados por los vecinos sobre un incremento en los riesgos de cáncer para la población cercana al área petroquímica.

#### **EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UNA UNIDAD CORONARIA DE LA CIUDAD DE BAHIA BLANCA.**

Heredia Verónica, Garcia Pacho Pablo, Billordo Pedro, Patochi Cristian, De Feo Fernando, Guimaraenz Marcelo, Montovani Adriana, Estebanez María Jose, Cermesoni Raúl. Hospital Privado del Sur.

Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: uco@hps.com.ar

**INTRODUCCION:** Consideramos que el infarto agudo de miocardio es una de las enfermedades cardiovasculares mas importantes en el mundo actual. **OBJETIVOS:** analizar la frecuencia de factores de riesgo, características de la población, tratamiento ofrecido y las complicaciones observadas en la internación en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM). **MATERIALES Y METODOS:** Se analizaron 97 pacientes con diagnóstico de IAM en Unidad Coronaria (UCO) de Hospital Privado del Sur en el periodo comprendido entre junio de 2004 y enero de 2007. Se tomaron en cuenta: origen geográfico: Bahía Blanca y la zona de influencia (ZI)); factores de riesgo Coronario:(FRC): hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), tabaquismo( TBQ), diabetes (DBT), sexo masculino (MASC) obesidad (OB); antecedente coronario previo (ACP): IAM, angioplastia(ATC) y angina previa (AP) tratamiento previo (TTOP): aspirina (AAS), betabloqueantes (BB); características clínicas: hora de inicio de dolor precordial y llegada a UCO (dolor-UCO), tiempo de apertura de arteria en hemodinamia (dolor-Hemodinamia) electrocardiograma (ECG) inicial (I) y evolutivo; estrategia de reperfusión: ATC primaria (ATC1°), ATC de rescate (ATC R) o trombo líticos (TL) y complicaciones en la internación. **RESULTADOS:** Origen: 68%BBCA y 32%ZI FRC:Sexo: 74% MASC. DLP 60.4%, HTA 68.8%, TBQ 40.2%,HRF 25.8%; ACP 32.4% (17.5% IAM, 7.2% ATC y 17.7% AP). TTOP: 25.8% AAS, 27.8% BB. Características clínicas: Killip y Kimbal A 73.7%. ECGI: 1% bloqueo de rama izquierda, 80.4% supra-desnivel del segmento ST. Dolor -UCO: 36.2% dentro de las 3 hs., y 30.9% con mas de 12 hs. Dolor-hemodinamia: 32.2% dentro de las 3 hs. Se realizó ATC1° a 61.9%, ATC R 6.2 % y TL a 4.3%.El 36.8 % presentó complicaciones mayores comprendidas por arritmias, bloqueo auriculoventricular, insuficiencia cardíaca, muerte súbita, reinfarcto y ruptura

cardíaca. Mortalidad: 18.6% y entre las causas más frecuentes hallamos shock cardiogénico (52%) sepsis (11.8%) y arritmia compleja (17.6%). **CONCLUSIONES:** Los FRC prevalentes fueron HTA, DLP Y TBQ. La mayoría de los pacientes ingresan sin insuficiencia cardíaca y la estrategia de tratamiento preponderante es ATC 1.

#### **VALVULOPATIA COMPLICADA EN LA MUJER EMBARAZADA**

Heredia Verónica, Garcia Pacho Pablo, Etchandy Marcelo, Patochi Cristian, De Feo Fernando, Guimaraenz Marcelo, Montovani Adriana, Estebanez María Jose, Cermesoni Raúl Hospital Privado del Sur.

Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: uco@hps.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** Las emergencias cardiovasculares son trastornos que amenazan la vida del paciente y que deben diagnosticarse y tratarse de forma rápida y eficaz para reducir su morbi-mortalidad, más aun si se trata de una mujer que cursa 34 semanas de gestación, ya que esta en riesgo ella y el feto. **OBJETIVOS:** Marcar la relevancia de un diagnóstico precoz, con una evaluación interdisciplinaria que permita definir tanto la conducta materna, como la infantil. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 33 años, femenino cursando 34 semanas de gestación con hipertensión arterial gestacional en tratamiento. Presenta Síndrome febril prolongado con hemocultivos positivos para Neumococo. Ingresa lúcida, orientada, en ortopnea. FC: 110 LPM TA: 110/40 FR: 28 x min. Soplo protomesodiastólico regurgitativo aórtico y holosistólico mitral; R2 disminuido. Edema en MMII 2/4. Turgencia yugular 3/3 con colapso parcial. Pulso celer. Diagnóstico presuntivo de ingreso: Endocarditis infecciosa (EI) de válvula nativa aórtica/, Insuficiencia aórtica severa/Insuficiencia cardíaca congestiva. El ecocardiograma que permite confirmar el diagnóstico de EI, con múltiples vegetaciones de gran tamaño en válvula aórtica y formación en valva mitral anterior; fístula entre valva coronaria derecha y tracto de salida del Ventrículo Derecho. Insuficiencia aórtica severa) con dilatación hiperkinética del Ventrículo izquierdo. Terapéutica instituida, Diuréticos, Oxigenoterapia y Antibióticos. Se realiza cesárea a las 15 hs. de su ingreso y Cirugía cardiovascular a las 72hs. **CONCLUSIÓN:** La EI complicada (Insuficiencia cardíaca y complicaciones mecánicas) constituye un desafío para el medico. Mas aún en este caso, por tratarse de una mujer embarazada .Los procedimientos instituidos fueron: Diagnósticos: Ecocardiograma transesofágico y ecografía Ginecológica; terapéuticos: Cesárea y Cirugía cardiovascular. El trabajo de un equipo interdisciplinario, permitió que la paciente fuera intervenida quirúrgicamente en forma satisfactoria externada junto a su recién nacido en el décimo tercer día de su internación.

**EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PERTHES**

Iglesias Daniel, Foresi Edgardo, Salazar Mauro, Donati Paula, Olivetto Susana  
Hospital Regional Español  
Estomba 571, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
Email: solivetto2005@yahoo.com.ar; solivetto@gmail.com

**INTRODUCCIÓN:** El objetivo del trabajo fue evaluar la evolución funcional 5 a 10 años después del inicio de la enfermedad de Perthes comparando distintos tratamientos realizados. Se estudiaron 42 pacientes tratados en diferentes centros médicos entre 3 y 12 años de edad al inicio de enfermedad y se clasificaron dentro del grupo B/C de Herring. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó una selección de pacientes con comienzo de enfermedad de Perthes entre los 3 y 12 años de edad, donde medimos el pilar lateral en etapa de fragmentación correspondiendo todos al grupo B/C de Herring. Dividimos a los mismos en tres grupos:

- Grupo I pacientes donde el tratamiento fue sintomático (aínes, tracción de partes blandas)
- Grupo II procedimientos quirúrgicos femorales
- Grupo III procedimientos quirúrgicos en pelvis.

**RESULTADOS:** Se consideraron los rangos de movilidad, alteraciones en la marcha y la presencia de dolor según los tratamientos a los que fueron sometidos. Estos datos se utilizaron junto con la clasificación de Severin para poder obtener un resultado cuantitativo de la evolución de los pacientes. Encontrando que el grupo I donde el tratamiento fue sintomático presentaba mayor rango de movilidad con menor alteración en la marcha y menos dolor con respecto a los otros grupos donde se practicaron procedimientos quirúrgicos. A su vez aplicamos la Clasificación de Stulberg dependiendo de la esfericidad y congruencia de la cabeza femoral del acetábulo encontrando que el 41% de las caderas correspondieron al grupo I, 35% al grupo II, 11% al grupo III, 9% al grupo IV, 4% al grupo V. **CONCLUSIONES:** En la práctica de la ortopedia pediátrica la enfermedad de Perthes constituye una de las afecciones más controvertidas debido a la enorme variabilidad del resultado final.

**PRESENTACION CLINICA POCO FRECUENTE DE DISPLASIA DE VENTRICULO DERECHO**

Heredia Verónica, García Pacho Pablo, Patochi Cristian, De Feo Fernando, Guimaraenz Marcelo, Montovani Adriana, Estebanez María José, Cermesoni Raúl.  
Hospital Privado del Sur.  
Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: uco@hps.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** La miocardiopatía o displasia arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD) es una enfermedad del músculo cardíaco de origen genético cuyo diagnóstico supo-

ne a menudo un reto para el clínico. Las manifestaciones clínicas varían desde pacientes asintomáticos, muerte súbita (MS) como primera manifestación, arritmias ventriculares y supraventriculares hasta insuficiencia cardíaca (IC) derecha o biventricular. Su incidencia se ha estimado en 1:5.000; su carácter familiar y su patrón hereditario hacen que su manejo requiera un abordaje multidisciplinario y repetido a los familiares. **OBJETIVOS:** Exponer un caso poco frecuentes. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 53 años, sin antecedentes cardiológicos, presenta disnea progresiva, ortopnea y adinamia de 15 días de evolución. Ingresó en anasarca con diagnóstico de (IC) congestiva. Electrocardiograma: Fibrilación auricular (FA) de alta respuesta ventricular y bloqueo completo de rama derecha. Rx de tórax: ICT > 0.5. Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo de tamaño masa y función normales. Marcada dilatación hiperkinética del Ventrículo derecho (VD). Presión sistólica pulmonar de 30 mmHg. Dilatación aurícula derecha (AD). VD con función sistó/diastólica aumentada y fracción de eyección del VD reducida. Pequeño aneurisma sacular en ápex. Cinecoronariografía: coronarias angiográficamente normales: Ventriculograma derecho: VD dilatado con aumento de la trabeculación. Resonancia cardíaca: dilatación y disfunción sistólica del VD con reemplazo del tejido miocárdico a ese nivel por fibrosis, lo cual permite confirmar el diagnóstico. Holter de 24 HS: FA permanente de adecuada respuesta, sin arritmia ventricular. Tratamiento: antiarrítmicos, anti-coagulación, antiagregación, beta bloqueantes y antihipertensivos. Se inicia screening familiar. **CONCLUSIONES:** Sólo el 10% al 20% de los pacientes con MAVD presenta IC; la IC no es habitual como manifestación precoz. Resaltamos la utilidad de los recursos diagnósticos para establecer un diagnóstico de una patología poco prevalente, en su forma de presentación menos frecuente.

**SINDROME DE RESECCION TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

Billordo Pedro Arsenio, Dominguez Andrea, Killian Jaqueline Elizabeth, Romero Adriana Soledad  
Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: residenciaham@yahoo.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome por resección transuretral de próstata (RTUP) se observa en el 10 al 15% de los casos. Se caracteriza por hiponatremia, hipoosmolalidad plasmática, sobrecarga de volumen y déficit neurológico, debido a la absorción a través del plexo venoso prostático de líquido hipoosmolar utilizado para distender y visualizar la vía urinaria. La mortalidad perioperatoria es de 0.2 a 0.8%. **OBJETIVOS:** Presentar un caso de síndrome por RTUP. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 75 años. Ecografía urológica al ingreso se destaca próstata heterogénea de 62



gramos. Laboratorio de ingreso HCT 33%, Hb 10.8 gr/L, leucocitos (L) 10400 /mL, plaquetas 211000/ dL, urea 0.34 gr/L, creatinina (Cr)7.9 mg/dL, KPTT 34'', protrombina 80%. Se realiza RTUP, resecándose 80 gramos. Presenta en las primeras 48 hs. nauseas, vómitos, epigastralgia, cefalea intensa, tendencia al sueño, desorientación y hematuria que requiere transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos. Hto 28 %, urea de 1,05 gr/L, Cr 65.8 mg/dL. Al tercer día evoluciona con edemas generalizados, HTA y oligoanuria. Se constatan rales crepitantes en ambas bases pulmonares, intolerancia al decúbito supino. En la Radiografía de tórax frente, se observa redistribución de flujo vascular venoso pulmonar con velamiento de senos costofrénicos. Hto 30%, Hb 9,9 gr/l, L 14700, glucemia 1,07, urea 1,25 gr/l, Cr 74.2, Na 121 mEq/l, K 4.5 mEq/l, hiposmolalidad plasmática de 266,77 mOsm/Kg. Se interpreta el cuadro como insuficiencia renal aguda (IRA) e hiponatremia por síndrome por RTUP. Se realizó tratamiento conservador de la IRA y sostén del medio interno. CONCLUSIONES: El 90 % de las cirugías por hiperplasia prostática se realizan por RTU. En el Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman» se efectuaron en el último año 23 procedimientos por esta técnica. La correcta comunicación interdisciplinaria entre el equipo quirúrgico y clínico con el conocimiento de las características de este síndrome permitirán realizar un diagnóstico precoz, prever posibles complicaciones y optimizar el seguimiento de pacientes intervenidos por RTU.

#### **PRESENTACIÓN DE MASA PANCREÁTICA EN PACIENTE JOVEN.**

Müller Lorena Ursula, Enriquez Cesar Alejandro, García Ana Valeria, Gómez Giménez Eduardo, Picorel Jorge  
Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional del Sur  
Necochea 675, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina.  
E-mail: amar@yahoo.com.ar

**INTRODUCCION:** El diagnóstico diferencial de masa pancreática suele ser de difícil resolución solo por los métodos de imágenes. Uno de ellos, la pancreatitis crónica ( PC) consiste en la destrucción progresiva e irreversible del páncreas por episodios repetidos de pancreatitis leve o subclínica por abuso de alcohol o patología de la vía biliar. Las imágenes ecográficas representativas de pancreatitis consisten en cambios en el tamaño y ecoestructura de la glándula, masas focales, calcificaciones, dilatación del conducto pancreático y formación de pseudoquistes. **OBJETIVOS:** exponer un caso no habitual de masa pancreática en paciente joven, donde la clínica y las imágenes nos llevaron a un diagnóstico erróneo. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** paciente de 29 años, que consulta por intolerancia alimentaria, dolor en epigastrio y descenso de peso. Se realiza ecografía abdominal la cual visualiza un colédoco de 14 mm, la cabeza del páncreas aumentada de tamaño (39 mm de

diámetro transversal), impresionando estar afectado el proceso uncinado, con ecogenicidad disminuida. El laboratorio indica hiperbilirrubinemia, amilasa 270 mg, FAL 1059 U/l, TGP 475 U/l, TGO 326 U/l, CA 19-9 13 U/ml, ACE menor a 0,5 mg/ml. Además se realiza colangiografía, ecoendoscopia, colangiografía retrógrada endoscópica y tomografía multislice, habiendo llegado todos al diagnóstico presuntivo de cáncer de páncreas. **CONCLUSIONES:** tras haberse implementado todos los métodos de estudios complementarios y correlacionando con la clínica no se pudo establecer una diferencia clara entre PC y CA de cabeza de páncreas. Al paciente se le realizó una duodeno pancreatocistomía cefálica siendo el informe de anatomía patológica el de una PC. Como conclusión decimos que no siempre las imágenes son concluyentes, y que si bien en nuestro medio es más frecuente el cancer de páncreas que la PC y no se debe descartar su diagnóstico.

#### **MIOSITIS OSIFICANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Vives Daniel, Bauni Carlos, Mendoza Mónica  
Centro de Diagnóstico Médico «Dr. José Pérez Ibáñez».  
Hospital Privado del Sur.  
Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: dvives@cdmmb.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** La miositis osificante corresponde a una formación localizada de hueso heterotópico no neoplásico y cartilago en tejidos blandos, especialmente en relación a los músculos. Su patogenia es desconocida y el término miositis es erróneo ya que no hay proceso inflamatorio del músculo comprometido. Se ha descrito sus características a través de distintos tipos de técnicas. Radiología simple, Tomografía computada, Ecografía y Resonancia Magnética (RMI). **OBJETIVO:** Presentar un caso clínico de miositis osificante que concurrió al Hospital Privado del Sur. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 15 años sexo masculino jugador de rugby, que aproximadamente un mes después de una contusión en muslo izquierdo comienza con aumento de volumen doloroso en tercio medio del muslo. Concorre a nuestro servicio para una RMI. **CONCLUSIONES:** Generalmente esta asociada a un episodio traumático mayor o múltiples traumas menores, aunque en un gran número (40%) de casos no existe causa aparente. Suele afectar a pacientes jóvenes y desarrollarse en músculos largos de las extremidades inferiores y pelvis, que consultan por presentar masa de partes blandas y dolor. El diagnóstico a través de las imágenes se debería realizar a través de radiología simple o Tomografía Computada, buscando calcificación periférica de tejidos blandos que comienza entre las 2-6 semanas después del inicio de los síntomas. Una masa ósea bien circunscrita aparece aproximadamente a las 6-8 semanas y las lesiones profundas pueden generar reacción perióstica. El manejo es de preferencia médico (reposo, frío local, antiinflamatorios), reservándose el trata-



miento quirúrgico para casos muy puntuales.

### **PREVALENCIA DE ASMA Y SINTOMAS INDICADORES EN TRES BARRIOS DE LA CIUDAD EN EL MARCO DE UNA ENCUESTA DE PROPOSITOS MÚLTIPLES**

Carignano Carlos\*, Elosegui Lilian, Abrego Paula, Spagnolo Silvina, Esandi María Eugenia, Frapichini Ramiro, Reising Omar, Monteros Claudia

\*Coordinador de Epidemiología Ambiental.

Municipalidad de Bahía Blanca.

Alsina 35. Piso 12. Oficina 2. (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: carloscarignano@yahoo.com.ar.

**INTRODUCCIÓN:** El asma constituye un problema de gran relevancia para la salud pública, cuya frecuencia ha sido asociada a la contaminación ambiental. **OBJETIVOS:** Describir la prevalencia de asma y SIA en tres zonas de la ciudad e identificar factores asociados a su presencia. **METODOLOGÍA:** el estudio se realizó en tres zonas A, B y C, ubicadas a una distancia creciente al área industrial-portuaria. Se trató de una encuesta de propósitos múltiples, en hogares, con un cuestionario administrado por encuestadores y respondidos por un adulto responsable. El n se estimó para cada zona en forma independiente, utilizándose un muestreo por conglomerado con submuestreo. **RESULTADOS:** Se recolectaron datos sobre 4807 personas. La prevalencia de SIA fue 4.8% (230/4807) y de asma 3.3% (157/4807). Se observó una tendencia positiva estadísticamente significativa de SIA con la disminución de la distancia del barrio al complejo industrial, la que fue consistentemente observada en los distintos análisis estratificados por sexo, edad, nivel educacional y tabaquismo. Los factores independientes de la presencia de SIA identificados en el análisis multivariado fueron la zona, tabaquismo, nivel educacional, enfermedades de la piel y respiratorias no especificadas, otros tipos de enfermedades respiratorias (OER) y enfermedad cardíaca. El único factor asociado a asma fue OER. **CONCLUSIÓN:** Los resultados de esta encuesta permitieron trazar una línea de base respecto a la morbilidad por asma en las tres zonas e identificar su mayor magnitud en la Zona A y sugieren la existencia de una relación entre la presencia de SIA y contaminación ambiental.

### **TROMBOSIS DEL EJE ESPLENOPORTAL: A PROPOSITO DE UN CASO.**

Sierra Fernando Javier, Acquafredda Mariana, Casas Pablo Consultorio externo particular

Viamonte 926, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: fsierra@osde.com.ar

**INTRODUCCION:** La trombosis del eje esplenoportal es una entidad poco frecuente, caracterizada por aparición de trombos en el confluente esplenoportal venoso, pudiendo extenderse hacia las venas mesentéricas superior e inferior y hasta la vena porta. De etiología multifactorial, prevalecen

factores trombofílicos sistémicos y trastornos adquiridos, como síndromes mieloproliferativos o hemoglobinuria paroxística nocturna. El cuadro clínico principalmente se manifiesta con dolor abdominal irradiado a dorso y en menor grado signos derivados de isquemia intestinal o insuficiencia renal. El diagnóstico con métodos convencionales suele ser difícil. Las complicaciones son severas, observando en mayor medida isquemia y necrosis intestinal e hipertensión portal. **CASO CLINICO:** Paciente de 56 años obeso (BMI 42), hipertenso. Presenta dolor epigástrico irradiado hacia ambos hipocondrios y dorso que motiva 5 consultas distintas, no obteniendo hallazgos positivos en los métodos complementarios. Se solicita TC de abdomen la cual no es posible realizarla por superar el peso tolerado por el tomógrafo. **Ecografía Abdominal:** Hígado graso, no se visualiza páncreas por interposición de gas intestinal. Concurre voluntariamente a centro de alta complejidad en Capital Federal, donde se le diagnostica Pancreatitis Aguda. Durante su internación no se objetiva el diagnóstico. Se otorga Alta a los 5 días. Persiste el dolor abdominal y se agrega edema y dolor en MII. Realiza nueva consulta en otro centro donde se diagnostica una TVP de MII. Se le indica una TC Multi-Slice donde se constata Trombosis de Vena Mesentérica Superior con afectación del eje esplenoportal. En estudios posteriores se constata trombofilia por lo cual se anticoagula. **CONCLUSIONES:** Esta entidad poco frecuente es de difícil diagnóstico, sobre todo en este paciente que por razón de su BMI no pudo contar con una imagen. La TC multi-slice es de gran utilidad. Por otra parte luego del diagnóstico la discusión se centrará en cómo realizar el seguimiento de trombofilia debido a la anticoagulación prolongada.

### **POLICONDRTIS RECIDIVANTE SEVERA: A PROPOSITO DE UN CASO**

Rodríguez Gil Gustavo<sup>1</sup>, Rodríguez Gil Pablo<sup>2</sup>, De la Sota Mercedes<sup>3</sup>, Castell Esteban<sup>1</sup>, Rivera Cívico José María<sup>4</sup>, Cervera Ricardo<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna» e Instituto IRReDiM, Bahía Blanca, Argentina

<sup>2</sup> Instituto IRReDiM, Bahía Blanca, Argentina

<sup>3</sup> Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

<sup>4</sup> Hospital Valme, Sevilla, España

<sup>5</sup> Servicio de Enfermedades autoinmunes, Hospital Clinic, Barcelona, España

Sarmiento 405, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: cecigust@ciudad.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad inflamatoria recurrente que afecta a los cartílagos. Cursa en brotes agudos siendo su evolución progresiva, pudiendo ser mortal. Aunque su etiología es desconocida se considera como una enfermedad del tejido conectivo. La PR es la enfermedad sistémica que más manifestaciones otorrinolaringológicas produce. Alrededor del 30% de los pacientes con PR padecen otro trastorno reumático, el más

recuente de los cuales es una vasculitis seguida de Artritis Reumatoidea (AR), Lupus Eritematoso Sistémico (LES) o Síndrome de Sjögren (SS). Presentamos un caso que evoluciona en forma persistente y progresiva pese al uso de tratamientos inmunosupresores combinados + tratamientos biológicos. CASO CLÍNICO: Paciente de 40 años de edad, sexo femenino, que debuta en el año 2003 con compromiso respiratorio (traqueomalasia), llegando luego a tener que ser traqueostomizada. Presentó progresivamente inflamación de los cartílagos auriculares, costales y nasales. La paciente llegó a recibir, en un inicio, 120 mg/día de meprednisona en combinación con Azatioprina 150 mg para intentar detener la evolución de la enfermedad se le cambia el esquema de tratamiento a Ciclosporina e Infliximab (hasta 5 mg/kg/dosis) con escasa respuesta. Por último, se decide rotar el tratamiento con Infliximab a Rituximab 500 mg por 2 dosis cada 15 días con lo que impresiona tener mejor respuesta. Actualmente en tratamiento con: Rituximab 500 mg: 2 dosis E.V.; Ciclosporina 100 mg/día V.O.; Ciclofosfamida 50: 3 com/día V.O.; Meprednisona 30 mg/día V.O. Durante su evolución presenta reiterados cuadros de infecciones respiratorias altas, requiriendo internación en algunas de ellas. Actualmente se está viendo la posibilidad de realizarle una plástica o colocación de stents autoexpandibles metálicos intraluminales, de bronquios fuentes dado que presenta disnea importante y en la TAC de tórax se observa disminución de la luz bronquial. CONCLUSIONES: Se presenta este caso clínico dado la agresividad de la PR en nuestra paciente y la gran dificultad que se presenta en el manejo de la misma dada la escasa respuesta a los esquemas terapéuticos instaurados.

#### **ANEMIA FERROPÉNICA DEBIDA A SÍNDROME DE WATERMELON**

Billordo Pedro Arsenio, Domínguez Andrea, Killian Jaqueline Elizabeth, Romero Adriana Soledad  
Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: residenciaham@yahoo.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** La ectasia vascular gástrica antral (Síndrome de Watermelon) es una infrecuente causa de sangrado digestivo alto, crónico o agudo. Se desconoce su etiología, proponiéndose al prolapso de la mucosa antral con obstrucción de los vasos submucosos, por la vigorosa peristalsis gástrica, como fisiopatología. Puede asociarse a enfermedades autoinmunes, cirrosis, aclorhidria e hipoclorhidria. Mas común en mujeres mayores, su prevalencia no está determinada. La mayoría de los pacientes presentan historia de anemia ferropénica, a pesar del suplemento con hierro, y sangrado digestivo oculto o manifiesto. Endoscópicamente presenta un aspecto caracterizado por rayas planas o prominentes, eritematosas, que irradian del píloro al antro (tiras de una sandía) y que puede confundirse con gastritis hemorrágica crónica retrasando el diagnóstico. La

evidencia inclina la terapéutica hacia métodos quirúrgicos-endoscópicos, que siendo poco agresivos disminuyen los requerimientos transfusionales. Existen resultados variables en la reducción de la necesidad de transfusiones con la farmacoterapia. CASO CLÍNICO: Mujer de 85 años. Antecedente hipertensión arterial, angina crónica estable, anemia crónica, melena intermitente de varias semanas de evolución acompañada de epigastralgia. Ingresó por síndrome anémico. Laboratorio: Hemoglobina de 4,6 g/dL, Hematocrito 16%, urea 0,46 g/L. Se realiza endoscopia digestiva alta que informa antro gástrico con lesiones múltiples hasta el píloro, tipo vascular con leve sangrado al roce. Se diagnostica ectasia vascular crónica antral, síndrome de Watermelon. Por decisión de la paciente se optó por tratamiento conservador, programando transfusiones rutinarias. COMENTARIO: Por el uso de la endoscopia digestiva su incidencia aumenta progresivamente. Luego de descartar por su alta prevalencia en ancianos la patología digestiva oncológica, el síndrome de Watermelon debe incluirse como diagnóstico diferencial en pacientes con anemia ferropénica no respondedores a suplementos de hierro y pérdidas ocultas de sangre en materia fecal.

## Diagnóstico por Imágenes

### **ALTERACIONES EN LA MAMA TRAS LA INYECCIÓN DE SILICONA LÍQUIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Mendoza Mónica, Bauni Carlos, Vives Daniel, Mussini Leandro, Marchan Pablo.

Centro de Diagnóstico Médico "Dr. José Pérez Ibáñez" Hospital Privado del Sur.

Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: mónicaemendoza@hotmail.com

**INTRODUCCIÓN:** El uso de la inyección líquida de silicona como método para el aumento del volumen de las mamas, sobre todo en la población de bajos recursos, es relativamente frecuente. Son muchos sus efectos secundarios y complejo el manejo de sus complicaciones, tanto médicas como quirúrgicas. **OBJETIVOS:** Mostrar un caso de inyección de silicona líquida en las mamas, sus consecuencias y su manejo posterior. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 35 años que consulta por nódulos mamarios, a la cual se le inyectó silicona líquida.

**CONCLUSIONES:** El uso de la silicona inyectada en el tejido mamario y sus efectos nocivos constituye un problema en nuestra compleja sociedad. Sus complicaciones pueden ser locales: induración, eritema, dolor, ulceración, etc. y sistémicas: embolia pulmonar y asociación con cáncer, incluyendo la muerte. Los efectos sobre las mamas son múltiples y el manejo de las complicaciones es dificultoso. Es así como la mejor forma de prevenir sus consecuencias es la difusión de información.

### **DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE TUMORES PANCREÁTICOS DE PEQUEÑO TAMAÑO.**

Gómez Giménez Eduardo, Picorel Jorge, García Ana, Enríquez Alejandro, Müller Ursula

Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional el Sur

Necochea 675, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: eduardogg2005@yahoo.com.ar

**OBJETIVO:** El motivo de este trabajo es comunicar el hallazgo de dos lesiones nodulares del páncreas, de pequeño tamaño diagnosticadas mediante ecografía transabdominal con transductores de 10 y 4mHz, comentar la evolución y realizar una revisión sobre el diagnóstico precoz de lesiones tumorales del páncreas. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Caso 1: Paciente femenino, 62 años, que se realiza ecografía por presentar epigastralgia con leve irradiación al dorso. El rastreo ecográfico habitual con transductor de 4 mHz es normal. Se completa con un rastreo de la pared del abdomen con transductor para partes blandas de 10 mHz., y se visualiza en la cabeza del páncreas una imagen

nodular, hipocogénica, de 8 mm. Exámenes de laboratorio normales. Tomografía computada (TC) de abdomen negativa y en la RM se visualizó una imagen sospechosa en el proceso uncinado. Se realiza duodenopancreatectomía y se visualizan varias adenomegalias, sin invasión vascular ni de tejidos peripancreáticos. El reporte de anatomía patológica indicó adenocarcinoma sin compromiso ganglionar (estadio T1; N0; M0). Caso 2: Paciente de 60 años, masculino, que hace dos años se realiza ecografía de abdomen superior y se encuentra vesícula biliar con microlitiasis múltiple, dilatación del colédoco, barro biliar y litiasis en teceo medio y distal. El calibre del Wirüng era de 2.3 mm. en el sector del cuerpo. En la actualidad en una ecografía de control en un examen de rutina, asintomático, con exámenes de laboratorio normales, se descubre dilatación del Wirsüng de 4.5 mm en el sector del cuerpo del páncreas. En un examen minucioso se encuentra una imagen nodular, hipocogénica, de 13 mm de diámetro máximo, localizado en el proceso uncinado, sin compromiso vascular ni ganglionar regional. La TC helicoidal y RM dan resultado negativo. En la intervención quirúrgica se encuentra la imagen nodular en la cabeza del páncreas que correspondía a un tumor neuroendócrino del tipo carcinoide. **CONCLUSIONES:** Se define como tumores de páncreas de pequeño tamaño aquellas imágenes nodulares sólidas que son menores o iguales a 20 mm de diámetro. El objetivo es efectuar un diagnóstico precoz de adenocarcinoma de páncreas.

## Ecografía

### **FILARIASIS ESCROTAL: DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO.**

De Loredo Ricardo, Fernández Silvina, Carpio Roque,  
Ochua Guillermina.

Servicio de Ecografía Hospital Privado del Sur.  
Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires,  
Argentina.

E-mail: [ecografia@hps.com.ar](mailto:ecografia@hps.com.ar)

**INTRODUCCIÓN:** Enfermedad infecciosa provocada por parásitos (*Wuchereria bancrofti*, *Brugia Malawi* y *Brugia timori*). Huésped definitivo: el hombre. Huésped intermedio: el mosquito. Los gusanos adultos residen en el sistema linfático del hombre. Los gusanos hembras producen microfilarias que circulan en la sangre donde permanecen hasta ser ingeridas por el mosquito. Manifestación clínica: linfadenitis y linfangitis en miembros y dolor local. Epididimitis por obstrucción linfática de las microfilarias, las cuales provocan linfedema escrotal o hidrocele. Ecografía testicular: canales anecoicos, sin flujo vascular, adyacentes al epidídimo, los cuales corresponden a linfáticos dilatados, con imágenes lineales ecogénica móviles en su interior, compatible con filarías. **OBJETIVO:** Demostrar la utilidad de la ecografía en el diagnóstico de filarías escrotal. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente con epidídimo izquierdo aumentado de tamaño y dolor. Laboratorio: normal. Ecografía: demostró en el cordón espermático, canales linfáticos dilatados con filarías en movimiento. Tratamiento clínico: Ivermectina 200 microgramos, única dosis y Dietilcarbamacina 0,5-1 mg/kg cada 12 hs., aumentado la dosis durante 3 días. Tratamiento quirúrgico: extracción de linfáticos del cordón espermático dilatados con filarías vivas. **CONCLUSIONES:** La ecografía es útil en el diagnóstico de filarías escrotal, ya que permite ver los gusanos móviles en el interior de los linfáticos, lo cual corresponde a infección activa. Es la técnica ideal para el seguimiento de los pacientes que han recibido el tratamiento médico.

## Epidemiología

### ENFERMEDAD HEMOLITICA POR INCOMPATIBILIDAD ABO: FACTORES PREDICTIVOS PRECOCES DE DESARROLLAR ICTERICIA SEVERA EN RECIEN NACIDOS DE TÉRMINO.

Covas María del Carmen, Medina María Sol, Ventura Silvia, Giuliano Antonio, Esandi María Eugenia, Alda Ernesto. Servicio de Neonatología. Hospital Privado del Sur. Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: medinamariasol@hotmail.com

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO aumenta el riesgo de kernicterus. **OBJETIVOS:** a) Determinar factores predictivos de desarrollar enfermedad hemolítica b) Establecer el punto de corte del valor de bilirrubina al 2º día de vida, con el que se logra la menor tasa de clasificación incorrecta de desarrollar ictericia severa. **Diseño:** Estudio de cohorte prospectivo. **METODOLOGÍA:** se realizaron determinaciones de bilirrubinas, hematocrito, esferocitos y reticulocitos al 2º, 3º, 4º, 5º, 6º y 7º día de vida. Se indicó fototerapia (variable dependiente) ante la presencia de ictericia severa. Como variables independientes se consideraron los antecedentes perinatales. Los factores predictivos se identificaron por análisis bivariado (Prueba del Chi cuadrado y medianas) y multivariado (regresión logística múltiple, incluyendo aquellos factores que en el bivariado presentaron un valor de  $p < 0,10$ ). La utilidad de la bilirrubina determinada al 2º de vida para predecir la indicación de fototerapia se evaluó mediante el análisis ROC. Se determinó el valor de corte como aquel valor de la bilirrubina que presentaba la menor tasa de clasificación incorrecta. **RESULTADOS:** Durante el período de estudio (Marzo 2005-06), 172 de 1263 recién nacidos de término (13,6%) presentaron incompatibilidad ABO. Se incluyeron 126 niños; 28/126 (22%) requirieron fototerapia. Las variables categóricas que se asociaron con la indicación de fototerapia fueron: aborto previo (OR = 3,85 [1,2-13]) y antecedentes de incompatibilidad ABO (OR = 8,00 [1,4-46]). Sólo la bilirrubina indirecta mantuvo su asociación con la indicación de fototerapia en el análisis multivariado (OR = 2,16 [1,5 -3,1]  $p < 0,001$ ). El área bajo la curva ROC para la bilirrubina indirecta fue 0,89 (IC95% [0,83 – 0,95]). Un valor  $\geq 8,75$ mg/dl entre las 24 y 36 horas fue el punto de corte que presentó una menor tasa de clasificación incorrecta: sensibilidad (86%) y especificidad (83%). **CONCLUSIONES:** Sólo la bilirrubina indirecta obtenida al 2º día se asoció, en forma estadísticamente significativa, con el desarrollo de ictericia que requirió fototerapia. Una bilirrubina  $> 8,75$ mg/dl resultó el valor de corte.

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORBILIDAD POR ASMA ENTRE LA POBLACIÓN DE DISTINTAS ZONAS DE BAHÍA BLANCA Y LA DE TODA LA CIUDAD

Carignano Carlos\*, Elosegui Lilian, Abrego Paula, Spagnolo Silvina, Esandi María Eugenia, Frapichini Ramiro.

\*Coordinador de Epidemiología Ambiental. Municipalidad de Bahía Blanca.

Alsina 35. Piso 12. Oficina 2. (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: carloscarignano@yahoo.com.ar.

**INTRODUCCIÓN:** Se inician en el año 2002 estudios epidemiológicos en distintas áreas de la ciudad, con el propósito de comprobar diferencias, determinar factores de riesgo y asociaciones. En 2003 se realiza el mismo estudio en la población de toda la ciudad. **OBJETIVOS:** Comparar la morbilidad por asma y síntomas indicadores (SIA) hallada en los barrios de Ing. White, Villa Rosas, Bella Vista y en la zona céntrica, con la morbilidad observada en toda la ciudad. **MÉTODOS:** Los estudios a comparar son de corte transversal, por modalidad de encuesta domiciliaria. Para las comparaciones se utilizaron idénticas definiciones operativas de las variables principales e independientes. Se tomaron muestras representativas de toda la ciudad. Se utilizó la estandarización indirecta por edades, para comparar la prevalencia de asma entre las zonas y la observada en toda la ciudad. **RESULTADOS:** La prevalencia de enfermedades respiratorias fue mas elevada en Ing. White y el área céntrica, siendo estas diferencias entre barrios estadísticamente significativas. La prevalencia observada fue 2 veces la esperada en Ing. White, y de 1.43 veces en el centro. Asimismo, la prevalencia de SIA observada en Ing. White fue 2 veces mayor a la esperada, en el centro 1.27 veces y en Villa Rosas 1.17 veces. La prevalencia de asma observada fue superior a la esperada en las cuatro zonas, aunque levemente mayor en Ing. White. **CONCLUSIONES:** Los resultados ratifican lo hallado en estudios previos. El residir en Ing. White fue uno de los factores de riesgo independientes asociados a los SIA. La contaminación por PM 10 podría ser uno de los factores desencadenantes o agravantes. Los resultados de las encuestas previas permitieron realizar diferentes tipos de ajuste que son coincidentes con estos datos. Las áreas aledañas al puerto y polo industrial, y el área céntrica, deberían ser consideradas prioritarias para el monitoreo de la calidad del aire y para el control de la salud de la población.



## **EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y SÍNDROME METABÓLICO EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS JÓVENES, ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR.**

Benozzi Silvia, Álvarez Cristina, Lobo Mariana, Pennacchiotti Graciela  
Cátedra Análisis Clínicos I, Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur San Juan 670, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: grapen@criba.edu.ar

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las primeras causas de morbi-mortalidad en nuestro país. Estudios prospectivos establecieron la asociación entre ECV y la presencia de factores de riesgo (FR) aterogénico. El estudio de Framingham mostró que las lesiones progresan en relación a la presencia de FR bien identificados: dislipidemia, hipertensión arterial (HTA), diabetes, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, y otros. La detección de estos FR en estadios tempranos de la vida permitiría aplicar medidas de prevención para la ECV. **OBJETIVO:** analizar la presencia de FR de ECV en una población de 81 alumnos del último año de la carrera de Bioquímica de la Universidad Nacional del Sur, de ambos sexos y con edades de entre 22 y 31 años de edad. **MATERIALES Y MÉTODOS:** las muestras sanguíneas se obtuvieron por punción venosa con ayuno de 12 hs, se tomó la presión arterial y se midió la circunferencia de cintura. Los parámetros estudiados fueron: antecedentes familiares de ECV (AFECV) en primer grado, antecedentes de tabaquismo, sedentarismo, HTA, glucemia e» 100 mg/dL, colesterol total (CT) e» 200 mg/dL, triglicéridos (TG) e» 150 mg/dL, colesterol HDL (C-HDL) < 40 mg/dL en hombres y < 50 mg/dL en mujeres, colesterol LDL (C-LDL) e» 130 mg/dL, colesterol-no-HDL (C-no-HDL) e» 160 mg/dL e índice aterogénico CT / C-HDL > 4.5, y se evaluó la presencia de síndrome metabólico (SM) teniendo en consideración los criterios National Heart Lung and Blood Institute/American Heart Association (NHLBI/AHA) International Diabetes Federation (IDF). **RESULTADOS:** los resultados obtenidos fueron: HTA 2,5%; AFECV 17,3 %; fumadores 38,3%; sedentarismo 58%; glucemia e» 100 mg/dL 3,7 %; CT e» 200 mg/dL 30,9 %; TG e» 150 mg/dL 4,9%; C-HDL bajo en mujeres y varones 18,5% y 2,5 % respectivamente, C-LDL e» 130 mg/dL 28,4%; C-LDL e» 160 mg/dL 11 %; C-no-HDL e» 160 mg/dL 22%; CT / C-HDL > 4,5 13,6%; SM (criterio NHLBI/AHA) 2,5%; SM (criterio IDF) 1,2%. **CONCLUSIONES:** Alta prevalencia de FR modificables observada evidencia la necesidad de instrumentar medidas preventivas para evitar la mortalidad por ECV en la edad adulta, y mejorar el estilo y calidad de vida en la población joven.

## **INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y MORTALIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS POR REEMPLAZO DE CADERA.**

Bucca Juan, Damiani Luis, Esandi María Eugenia, Gentilucci Susana, Molini Analia, Risacher Guillermina, Stepanovsky Silvia, Vecchi Javier.  
Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman» Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: juan@intramed.net.ar

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) son eventos adversos frecuentes y graves. El Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca (HAM) no cuenta con un sistema de registro sistemático de datos para la vigilancia de este tipo de infecciones. **OBJETIVOS:** Realizar un estudio de seguimiento de los pacientes sometidos a un reemplazo de cadera debido a fractura, describir la adherencia a las recomendaciones para la prevención de ISQ, su incidencia y la mortalidad de los pacientes intervenidos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional de pacientes intervenidos en el HAM por fractura de cadera entre el 1-12-2002 y el 30-11-2003. Se realizó seguimiento telefónico durante los 12 meses posteriores para la detección de casos probables de ISQ. La confirmación se hizo en el hospital o domicilio por alguno de los médicos integrantes del equipo. El riesgo de ISQ se describió por medio de tasa de incidencia acumulada y la densidad de incidencia. **RESULTADOS:** se incluyeron 61 pacientes que fueron intervenidos por fractura. El 89% fue seguido telefónicamente (54/61). Todos recibieron profilaxis antibiótica. En el 13% (8/61) se realizó según lo especificado en la guía entregada previamente. En 9 (15%) pacientes hubo sospecha telefónica de ISQ, pero sólo en 5 se confirmó el diagnóstico (VPP = 56%). De estos pacientes, tres presentaron confirmación bacteriológica y en dos, el diagnóstico fue clínico. La tasa de incidencia acumulada fue 8% y la densidad de incidencia igual a 1 por cada 10 pacientes seguidos en un período de 10 meses. La tasa de mortalidad de la población de estudio en los 30 días posteriores a la cirugía fue 13% (8/61) y al año, 26% (16/61). No se encontraron factores predictores de ISQ. La edad, el ASA y la duración de la cirugía se asocia.

## **SÍNDROME DE BURNOUT (DESGASTE PROFESIONAL) EN EL PERSONAL DE LABORATORIO CLÍNICO**

del Valle Marta, Vuano Elin, Castillo Romina  
Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: laboratorio@hambb.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de desgaste profesional o burnout (SB), presenta, tres componentes: agotamiento



emocional (AE), despersonalización (DP) y falta de realización profesional (RP). Afecta a profesionales de la salud y es motivo de preocupación, por las repercusiones que implica, tanto en lo personal como en el ámbito laboral. OBJETIVOS: Valorar la presencia de SB en el personal que se desempeña en laboratorios de análisis clínicos y relacionarlo con otras variables de interés. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Aplicación del «Inventario de burnout de Maslach» en tres laboratorios diferentes (público y privados hospitalario y no hospitalario), más una encuesta sociodemográfica, que incluyó sexo, situación conyugal, años de ejercicio, actividad, carga horaria, tener otro trabajo similar. RESULTADOS: Analizados 40 cuestionarios: Se observó que el 26% del personal de laboratorio sufre SB, (IC 95%:20,2-31,4). Predominó en el hospital público, en el grupo de bioquímicos, principalmente en AE y RP. En el personal técnico casi no se presenta o es leve; y es moderado en el administrativo con menor proporción de afectados. No hubo diferencias respecto al sexo. Se encontró asociación significativa con tener otro trabajo similar ( $p < 0.01$ ). No hubo asociación con la carga horaria semanal ni guardia de 24 horas. En cuanto a los años de ejercicio, los profesionales con más de 10 años, fueron los de mayor índice. Según la situación conyugal, los más afectados en AE fueron los que se encontraban en unión estable y en RP los que no se encontraban en pareja. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: No existen datos epidemiológicos específicos en personal de laboratorio pero la proporción es similar a otros grupos estudiados. Siendo el Burnout un proceso que involucra tanto al trabajador como a las personas a quien presta servicio, es necesario conocer su existencia e implementar medidas a fin de evitar su aparición o resolver los casos conocidos.

#### **MICROLITIASIS TESTICULAR: SU ASOCIACION CON LA NEOPLASIA TESTICULAR**

Enriquez César Alejandro, García Ana, Gómez Giménez Eduardo, Picorel Jorge, Müller Ursula.  
Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional del Sur  
Necochea 675, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: amar@yahoo.com.ar

INTRODUCCION: la microlitiasis testicular (MT) se define al hallazgo de 5 o más focos ecogénicos, brillantes, de 1 a 3 mm. de diámetro, en un testículo y generalmente es bilateral. Se reconocen como causa de procesos benignos tales como cicatrices, granulomas, infartos inflamatorios. Además de asociaciones como con el Síndrome de Klinefelter, Criptorquidia, Pseudohermafroditismo masculino, radioterapia anterior e infertilidad. La asociación más importante es con las neoplasias testiculares. OBJETIVOS: en este trabajo se intenta objetivar la asociación entre microlitiasis testicular y neoplasia testicular mediante una

serie de casos. MATERIAL Y METODO: en el transcurso de dos años (2005-2007), se seleccionaron 8 pacientes con ecografía testicular con diagnóstico de MT, los mismos fueron controlados con seguimiento ecográfico, y se les realizó orquiectomía a los pacientes con una imagen nodular sospechosa o marcadores tumorales altos. RESULTADOS: cuatro de los pacientes con MT que fueron orquiectomizados por presentar una imagen nodular sospechosa o marcadores tumorales altos, 3 de éstos tuvieron resultado positivo para patología neoplásica por patología y uno resultó un absceso de epidídimo. CONCLUSIONES: la MT puede indicar una patología testicular subyacente y es un fuerte marcador indirecto de la neoplasia testicular, por lo cual se recomienda una vigilancia ecográfica anual de éstos pacientes.

#### **PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA**

Carignano Carlos\*, Elosegui Lillian, Abrego Paula, Spagnolo Silvina, Esandi María Eugenia, Frapichini Ramiro, Reising Omar, Monteros Claudia  
\*Coordinador de Epidemiología Ambiental. Municipalidad de Bahía Blanca.  
Alsina 35. Piso 12. Oficina 2. (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: carloscarignano@yahoo.com.ar.

ANTECEDENTES: Situada al SO de la provincia de Buenos Aires y con 300.000 habitantes, Bahía Blanca es una ciudad industrial-portuaria y cuenta con 110.000 vehículos registrados. Se realizaron estudios sobre prevalencia de enfermedades y factores de riesgo en distintas zonas. Se desconocía la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población general. OBJETIVOS: Describir la ocurrencia de enfermedades respiratorias y factores de riesgo. Identificar factores asociados a una mayor frecuencia. METODOLOGÍA: Estudio de corte transversal por modalidad de encuesta de propósitos múltiples en hogares. Para la estimación del n se utilizó la prevalencia de asma (4%) encontrada en trabajos sectoriales anteriores, un error absoluto del 0.8 % (ER=20%) y un nivel de confianza del 95 %. Se efectuó un muestreo por conglomerados con sub-muestreo, con probabilidades proporcionales a su tamaño, aplicando el efecto de diseño (deff=2). Encuestadores entrenados recabaron la información utilizando un cuestionario usado previamente, que contiene preguntas del cuestionario ISAAC en la tablas de enfermedades respiratorias. RESULTADOS: Se encuestaron 1447 viviendas, n = 4766 personas. La prevalencia de tabaquismo activo fue del 20% y pasivo del 12.3%. El 18 % refirió padecer alguna enfermedad respiratoria, rinitis 12.7%, asma 2.6%, síntomas indicadores de asma (SIA) 3.4%. La distribución por edades de asma y SIA fue bimodal. El 21.6 % padecía asma con rinitis y el 31.7% SIA con rinitis. CONCLUSIONES: Este estudio permite conocer la prevalencia de enfermedades respiratorias y factores de riesgo en la población, siendo un marco de referencia para

trabajos futuros. La comparación con los resultados de los estudios anteriores, ratificarán o no la existencia de áreas de mayor riesgo para padecer enfermedad respiratoria.

**RELEVAMIENTO SANITARIO DE LA POBLACIÓN DE VILLA CERRITO, BAHÍA BLANCA, ARGENTINA.**

Esandi Juan Pablo\*, Carignano Carlos\*\*, Elosegui Liliam\*\*, Abrego Paula\*\*, Spagnolo Silvina\*\*, Monteros Claudia\*\*\*

\* Epidemiología, Secretaría de Salud (MBB) \*\* Epidemiología Ambiental, Subsecretaría de Gestión Ambiental (MBB). \*\*\* Departamento de Sistematización de Datos (MBB).

Municipalidad de Bahía Blanca.

Alsina 35. Piso 12. Oficina 2. (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: carloscarignano@yahoo.com.ar.

**INTRODUCCIÓN:** En respuesta al reclamo planteado por un grupo de vecinos, sustentado por un listado de casos de cáncer padecidos por los residentes del barrio y la posible asociación con los PCBs presentes en los líquidos refrigerantes de dos transformadores de energía eléctrica. Se proyecta un trabajo epidemiológico junto a un grupo de vecinos autoconvocados. **MATERIALES Y METODOS:** Entre noviembre de 2005 y Abril de 2006, se realizó un estudio descriptivo mediante la aplicación de un cuestionario a todas las viviendas de Villa Cerrito. La tarea fue asumida y realizada por los vecinos autoconvocados, luego de recibir capacitación específica. Las personas que respondían al mismo debían ser responsables mayores de edad, preferentemente la jefa del hogar. Las fuentes consultadas fueron: El Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 y el Registro de Tumores del Sur. Las variables incluidas fueron: Domicilio, vivienda y tiempo de residencia de sus ocupantes; Actividad física y Sobrepeso; Tabaquismo; Morbilidad general; Consumo de medicamentos y Enfermedades oncológicas. **RESULTADOS:** Se visitaron 440 viviendas con un total de 1.545 residentes en el sector de Villa Cerrito. Con respecto a las conductas de riesgo: el 65% no realiza actividad física en forma regular, el 13% presenta sobrepeso, el 18% consume tabaco en la actualidad y el 12% consumió tabaco en el pasado. Los residentes manifestaron la ocurrencia de 57 casos de enfermedad oncológica en los últimos 12 años. Fueron confirmados 49 casos, correspondiendo a 28 personas vivas y 21 personas fallecidas (tasa de letalidad general: 43%). En los hombres, 10 de 24 casos, 42% cáncer de próstata. En las mujeres, el tumor corresponde a cáncer de mama 15 de 25 casos, 60%. **XE** El análisis de las tasas de incidencia específica por tumores general, masculina y femenina, tomando como referencia las Tasas de Incidencia informadas por el Registro de Tumores del Sur, mostraron que los casos observados en Villa Cerrito corresponden con el número de casos esperados, comparando con los casos de la ciudad, período 1998-2002. **CONCLUSIONES:** 1- Las enfermedades cardiovasculares, endocrinas, respiratorias, alérgicas y osteo-articulares son

las prevalentes en la población. 2- Salvo la alta prevalencia de enfermedades endocrinas, la morbilidad general no evidencia diferencias con los resultados de otros estudios poblacionales. 3- No obstante el aumento de casos observados en los últimos años, la razón estandarizada de incidencia (REI) de cáncer en Villa Cerrito, muestra que el número de casos observados se encuentra dentro de los casos esperados (REI < 100). 4- La mortalidad por tumores en el partido de Bahía Blanca y en la Región Sanitaria I, muestra una leve tendencia creciente desde el año 2003. Estos datos hacen necesario incrementar las medidas de prevención y promoción de la salud, con el objetivo de lograr la adquisición de hábitos de vida saludables y ejercer acciones para minimizar las exposiciones.

## Ginecología y Obstetricia

### ABORDAJE DE LA TÉCNICA «SIMIL EXIT» PARA LA GASTROSQUISIS

Svetliza Javier, Espinosa Ana, Palermo Mario, Gallo Manuel, Deguer Carlos, Tentoni Ubaldo, Besegato Cinthya. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca, Argentina. Hospital Nacional «Dr. Alejandro Posadas». Buenos Aires, Argentina. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga, España.  
E-mail: jsvetliza@gmail.com

**INTRODUCCIÓN:** La gastrosquisis es una afección de creciente prevalencia y alto impacto económico, que afecta a los embarazos de las mujeres más jóvenes. La detección prenatal, un adecuado manejo clínico y precoz tratamiento, podrán contribuir a reducir la estancia hospitalaria y la morbimortalidad. **OBJETIVOS:** Presentar una técnica que denominamos simil-EXIT que consiste en la reducción intra-parto de las vísceras herniadas, en casos seleccionados. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Desde noviembre de 2005 hasta la actualidad hemos tratado 6 pacientes portadores de gastrosquisis, seguidos semanalmente desde las 30 semanas de gestación, acordándose como marcadores para la finalización del embarazo la dilatación intestinal mayor de 18 mm, y/o la sospecha de peel, priorizándose la maduración pulmonar en ausencia de otros parámetros como retardo de crecimiento, oligoamnios, o Doppler patológico. La finalización del embarazo se programó con cesárea electiva. Se realiza la reducción visceral que se completa sobre los muslos maternos manteniéndose la circulación feto-placentaria y se finaliza la plástica de la pared en una servocuna. **RESULTADOS:** Se realizaron 6 cesáreas entre las 33 y 36 semanas de edad gestacional. Un paciente presentó un discreto peel, y otro una artrogriposis asociada. En todos los casos se consiguió la reducción entre los 2 y los 5 minutos de suaves maniobras, con el soporte de la circulación feto-placentaria entre 1,5 y 4 minutos. Ningún paciente requirió asistencia ventilatoria. Todos pudieron alimentarse por vía oral entre los 6 y 21 días, consiguiendo el alta entre los 14 y los 43 días de vida. **CONCLUSIONES:** Si bien nuestra casuística es escasa observamos que con un manejo prenatal adecuado y una técnica sencilla de reproducir se pueden lograr una disminución importante de la morbimortalidad perinatal y del impacto económico de esta patología que se presenta con aumento alarmante de su prevalencia.

### ADENOCARCINOMA DE URACO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

García Ana Valeria, Muller Ursula Lorena, Picorel Jorge, Gómez Gimenez Eduardo, Enriquez Alejandro. Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675, (8000) Bahía Blanca. Buenos Aires, Argentina.

E-mail: ulmuller@gmail.com

**INTRODUCCIÓN:** El adenocarcinoma de uraco (ACU) es una neoplasia maligna infrecuente, de difícil diagnóstico, que se realiza habitualmente en estadios avanzados. Se asocia a mal pronóstico y su tratamiento de elección es la cirugía. **OBJETIVOS:** Analizar los métodos complementarios de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 20 años, primigesta, que presenta hematuria leve y disuria en el posparto mediato. La ecografía ginecológica por vía transvaginal observo una formación predominantemente quística, con tabiques y calcificaciones en su interior. Seguidamente se realizó TAC de abdomen y pelvis con y sin contraste endovenoso observándose en pelvis menor una imagen ocupante de espacio medial de 101 mm. de diámetro transversal con paredes calcificadas, calcificaciones amorfas en su interior, tabiques y densidad líquida. Se efectuó cistoscopia y laparotomía exploratoria con el diagnóstico de masa anexial. Se realizó biopsia diferida, efectuándose cistectomía parcial y linfadenectomía bilateral, siendo el diagnóstico anatomopatológico el de ACU. El ACU es un tumor extremadamente raro con una incidencia en 1:5.000.000 hab. representando el 0,001% de todos los cánceres de vejiga. Es más frecuente en varones (4:1). Las manifestaciones clínicas suelen ser derivadas de la invasión tumoral de estructuras vecinas, siendo la hematuria el síntoma más frecuente. La actitud inicial ante un tumor de uraco es idéntica a la que se utiliza para diagnosticar el resto de los tumores vesicales. **CONCLUSIONES:** El diagnóstico imagenológico puede no ser preciso debiendo realizarse cistoscopia y resección transuretral que son técnicas esenciales para determinar situación del tumor en la vejiga y diagnóstico histopatológico. La cistectomía parcial y linfadenectomía constituyen la mejor opción de tratamiento con pobre sobrevida a corto plazo.

### EMBARAZOS LOGRADOS EN PACIENTES QUE PRESENTAN SINDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO E INSULINO RESISTENCIA TRATADAS CON METFORMINA Y SOMETIDAS A DIETA HIPOCALÓRICA.

Vincent Eduardo, Galiana Graciela, Vincent Esteban Pablo, Vincent Roberto Eduardo. Instituto Diagnóstico de Patología Femenina Alsina 575, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: eduardo.vincent@halitus.com

**INTRODUCCIÓN:** Se ha estimado que 20 a 33% de las mujeres en edad reproductiva tienen ovarios poliquísticos en la ecografía pero sólo en el 10% las manifestaciones son compatibles con síndrome de ovario poliquístico (SOP). Se ha asociado a este síndrome el riesgo a largo plazo de hiperplasia y cáncer de endometrio como causa de la

anovulación crónica y elevación continua del nivel de estrógenos sin progesterona. Además, nuevos conocimientos en los trastornos metabólicos indican probable riesgo cardiovascular. Obesidad y alteraciones metabólicas son factores de riesgo de la patología cardíaca isquémica en la población general y también, probablemente en mujeres con SOP. OBJETIVO: Comunicar los embarazos obtenidos en 7 pacientes que presentan síndrome de ovario poliquístico (SOP) e insulino resistencia (IR), tratadas con metformina y sometidas a dieta hipocalórica. MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluó un grupo de 12 mujeres con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico (SOP) e insulino resistencia (IR), que deseaban fertilidad. La edad promedio fue de 28 años. Se evaluó el índice de masa corporal (BMI). El diagnóstico de IR se realizó mediante: prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), basal y post carga de 75 grs de glucosa, 120 minutos; e insulina basal, con cálculo de HOMA. El diagnóstico de SOP mediante dosajes hormonales en tercer día del ciclo FSH; LH; estradiol, testosterona total, DHEA y ecografía transvaginal y evaluación clínica. El tratamiento consistió en administrar 1000 mg/día de metformina más una dieta hipocalórica indicada por el médico endocrinólogo, pues todas ellas presentaron un BMI mayor de 26. Las pacientes fueron controladas al comienzo y luego a los seis, nueve y doce meses de tratamiento, mediante control de su perfil metabólico (colesterol total, HDL, triglicéridos), dosajes hormonales en fase folicular temprana (FSH, LH, estradiol) y progesterona el día 23 del ciclo. RESULTADOS: De las 12 pacientes tratadas, en 7 casos se logró el embarazo. De las que lograron embarazo 4 comenzaron a ciclar una vez iniciado el tratamiento con metformina y comenzaron a disminuir el peso. Si bien las otras tres pacientes bajaron de peso se realizó la inducción de la ovulación con citrato de clomifeno. Transcurridos los 12 meses de tratamiento, 5 pacientes no embarazaron y siguen en tratamiento. Todas disminuyeron su BMI en al menos un 10%. Durante el control de los embarazos no se registró alteración de la curva de tolerancia oral a la glucosa. CONCLUSIONES: El tratamiento con metformina y descenso del BMI, fue significativo para la recuperación de los ciclos ovulatorios. Al restablecer la actividad cíclica ovárica se obtuvieron 7 embarazos.

#### ENDOMETRIOSIS: NUESTRA CASUÍSTICA

Vincent Roberto Eduardo, Vincent Eduardo, Vincent Esteban Pablo

Instituto Diagnóstico Patología Femenina  
Alsina 575, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: eduardo.vincent@halitus.com

OBJETIVO: Es comunicar nuestra experiencia en endometriosis, enfermedad enigmática de histogénesis poco comprendida. MATERIALES Y MÉTODOS: Se estudiaron un total de 197 pacientes, cuya edad oscilaba entre los 24 y 35 años, fueron clasificadas según la Sociedad Americana de Esterilidad en cuatro etapas como manera de poder enmarcarlas; aunque convencidos de que dicha clasificación no

nos da una idea exacta de la enfermedad ni de su gravedad. A las mismas aplicamos distintos tratamientos, según los deseos de la paciente de fertilidad o curar su enfermedad. A todas ellas se les realizó cirugía laparoscópica tendiendo a reducir o erradicar la enfermedad, combinando luego con tratamientos hormonales, ya sean análogos, progestágenos o si quería un hijo la pronta estimulación del ciclo e inseminación intrauterina; en caso que fallara o de patología tubaria se realizó FIV. RESULTADOS: Sobre un total de 197 casos que dividimos en cuatro etapas

Etapa 1	27 casos	18 embarazos	edad promedio 25 años
Etapa 2	62 casos	37 embarazos	edad promedio 26.8 años
Etapa 3	62 casos	41 embarazos	edad promedio 26.1 años
Etapa 4	46 casos	7 embarazos	edad promedio 30 años

CONCLUSIONES: Estamos convencidos que no existe un tratamiento único para la endometriosis. El primero es la cirugía laparoscópica, seguido de los distintos esquemas hormonales que podamos efectuar por costos y comodidad.

#### METRRORRAGIA EN LA POSTMENOPAUSIA, ESTUDIO HISTEROSCÓPICO

Vincent Eduardo, Vincent Esteban Pablo, Vincent Roberto Eduardo

Instituto Diagnóstico de Patología Femenina  
Alsina 575, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: eduardo.vincent@halitus.com

INTRODUCCIÓN: La metrorragia es el primer signo por el cual la mujer menopáusica consulta. La forma de expresarse el cáncer de endometrio es la metrorragia. Dicha patología se encuentra en aumento en estos años. La detección temprana de lesiones como hiperplasia de endometrio permite el abordaje de dichas pacientes, dado que la ausencia de tratamiento adecuado puede desencadenar en carcinoma. OBJETIVOS: mostrar las distintas patologías que hemos hallado en mujeres menopáusicas y su incidencia. MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos hecho un estudio retrospectivo sobre un total de 506 histeroscopías. Buscamos cuántas de esas estaban en menopausia 203 pacientes. La edad fue de 44 a 83 años con un promedio de 67 años. De las pacientes en menopausia separamos aquellas que consultaron por metrorragia (166) y la correlacionamos con la ecografía y anatomía patológica. RESULTADOS: Las pacientes llegaron a la histeroscopia por presentar metrorragia (166). Cuando se realizó la ecografía se halló endometrio engrosado mayor de 6 mm (85 pacientes) o una imagen compatible pólipo o mioma (70 pacientes); en 11 pacientes no presentaban alteraciones en endometrio. Cuando obtuvimos las biopsias observamos que de las 166 pacientes, hemos hallado 54 pólipos, hiperplasia endometrial 81 (de ellas el 70% simple), miomas submucosos 15 y en 16 pacientes adenocarcinoma de endometrio. CONCLUSIONES: La histeroscopia permitió una visualización de la cavidad endometrial y ver la patología, su interpretación macroscópica y además una biopsia dirigida. Las muestras obtenidas para el estudio anatomo-patológico, en todos los

casos ha sido adecuada, pudiéndose realizar un diagnóstico correcto.

**BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS TEMPRANOS: NUESTRA EXPERIENCIA**

Vincent Esteban, Frizza Arrigo, Frizza Alejandro, Vincent Eduardo, Vincent Roberto, Maturi Horacio, Rivadulla María, Gregorini Daniela

Instituto de Diagnóstico

Alsina 575, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: esteban.vincent@gmail.com

**OBJETIVOS:** Mostrar la experiencia de nuestro grupo de trabajo en la identificación del ganglio centinela en cáncer de mama y la posterior correlación con la linfadenectomía axilar de I y II nivel. **MATERIALES Y METODOS:** Se analizaron 53 pacientes con sospecha clínica e imagenológica de cáncer de mama, a las que se les hizo biopsia del ganglio centinela. En la totalidad de los casos, una vez realizado el procedimiento de identificación del ganglio centinela, se efectuó la linfadenectomía axilar de primer y segundo nivel. Para la técnica de ganglio centinela se utilizó la inyección periareolar de 3 cm<sup>3</sup> de azul patente al 1%. Se utilizó el porcentaje de identificación, correlación histopatológica en el resto de los ganglios axilares, tasas de falsos negativos y valor predictivo negativo del método. **RESULTADOS:** Entre julio de 2003 y mayo de 2007 se efectuó el análisis del ganglio centinela en 53 pacientes con cáncer de mama invasor con tumores menores de 4 cm y axila clínicamente negativa. La edad promedio fue de 59.4 años. Los tamaños tumorales histológicos fueron menores de 4 cm. Se efectuó cirugía conservadora en el 92.5% de los casos. Se identificó el ganglio centinela en el 88.7%. en el 75.4% el ganglio centinela fue negativo. La tasa de falsos negativos fue de 3.7%. El promedio de ganglios centinela extirpados fue de 1.23. El valor predictivo negativo fue del 94.11%. **CONCLUSIONES:** La identificación del ganglio centinela con azul patente al 1% es técnicamente factible en pacientes previamente seleccionadas. La correlación con el resto de los ganglios axilares es alta, con una baja tasa de falsos negativos y un valor predictivo negativo dentro de los estándares internacionales.



## Hematología

### ANÁLISIS DE LOS CONTROLES DE PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL HOSPITAL DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA «Dr. Felipe Glasman»

Cragno Alejandro, Jouglard Ezequiel, Lobo Mariana  
Servicio de Clínica Médica. Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: laboratorio@hambb.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** En el 2004 observamos que las complicaciones de la anticoagulación oral (ACO) estaban relacionadas con controles no adecuados, como refiere la literatura. En los pacientes que reciben dosis estable de ACO la recomendación es al menos un control al mes.

**Objetivo:** analizar el grado de control de los pacientes anticoagulados que concurren al HAM, en periodo comprendido entre julio de 2006 y julio de 2007. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo con análisis de historia clínica y registros de laboratorio de los pacientes anticoagulados. **RESULTADOS:** Se analizaron las historias clínicas de 26 pacientes, 13 hombres y 13 mujeres, rango de edades 68-87 años con una mediana de 78 años. La causa de ACO más frecuente fue fibrilación auricular. Se realizaron 137 controles de los cuales el 86.4% estuvieron en un rango entre 1.5 y 3.5 de razón internacional normatizada (RIN). El 7% de los pacientes tuvieron al menos un control al mes durante el periodo de estudio, el 37% entre 6 y 11 controles al año en dicho periodo y el 56% menos de 6 controles anuales. Se detectaron 2 eventos adversos, en dos pacientes; uno hemorrágico mayor y un evento trombótico menor. El porcentaje de controles en el rango 1.5-3.5 de RIN aumentó significativamente ( $p < 0.001$ ) y los RIN  $> 4$  disminuyeron ( $p < 0.001$ ) comparado con el 2004. **CONCLUSIONES:** Si bien el número de pacientes con frecuencia de controles recomendada es bajo, esto está en relación directa con el número de consultas. Debemos trabajar en la educación del paciente para mejorar la periodicidad del control y las señales de alarma. Los eventos adversos no pudieron relacionarse por la baja ocurrencia.

### USO DEL FACTOR VII RECOMBINANTE EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Mitilli Gabriel <sup>1</sup>, Boschero Paula <sup>1</sup>, Barca Daniel <sup>1</sup>, Perez Beti Silvia <sup>1</sup>, Ontivero Marcelo <sup>1</sup>, Frizza Jorge Ignacio <sup>1</sup>, Mele Juan Ignacio <sup>1</sup>, Criado Francisco <sup>1</sup>, Fainstein Daniel <sup>1</sup>, Baroni Roberto <sup>2</sup>, Bartomioli Miguel Ángel <sup>3</sup>.  
<sup>1</sup> Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Privado del Sur, <sup>2</sup> Instituto de Gastroenterología Bahía Blanca, <sup>3</sup> Servicio Hematología y Hemoterapia del Hospital Privado del Sur  
Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: uti@hps.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El factor VIIa Recombinante ha sido reportado de utilidad en la hemorragia digestiva grave, sin embargo la oportunidad para la administración del mismo no está claramente determinada. Paciente de sexo masculino, filipino, de 33 años, que ingresa por sepsis y hemorragia digestiva alta. Datos epidemiológicos: en los últimos 6 meses residió en Manila, Bahía (Brasil) y San Lorenzo (Sta Fe). Datos positivos al examen físico: febril, con hipotensión ortostática y con marcada esplenomegalia. Laboratorio de ingreso: plaquetas: FEDAs: varices esofágicas grado II/III, no sangrantes, gastropatía hipertensiva. Hernia hiatal. Sin signos de sangrado activo. Ecografía: atrofia LD hepático. Esplenomegalia, hipertensión portal. Angioresonancia: trombosis de arteria hepática con grandes trayectos varicosos hacia el tórax. Se transfunde con 10 U de plaquetas y 3 U de GR. A las 12 hrs de su ingreso presenta nuevo resangrado por SNG, por lo que se indican 2,4 mg de Factor VIIa recombinante con cese inmediato del mismo. Nueva FEDAs no muestra sangrado variceal. **EVOLUCIÓN:** banding esofágico a los 7 días de su ingreso. A los 7 días del mismo, desprendimiento de las bandas por lo que presenta sangrado masivo con shock hipovolémico. Se coloca sonda -balón de S-B, se realiza primera sesión de esclerosis con AET. Se lo ventila mecánicamente durante 7 días. Permanece 4d con el Balón. Se repite la sesión de esclerosis sin re-sangrado. Alta a su domicilio en Manila en avión de línea. **CONCLUSIONES:** Presentamos un caso en el cual a pesar de asociarse a plaquetopenia por hiperesplenismo, el uso del FRVIIa nos permitió lograr el cese de la hemorragia para luego acceder al tratamiento definitivo de las varices esofágicas. El FRVIIa debería contarse entre los recursos terapéuticos en las hemorragias digestivas que amenazan la vida, así como considerarlo en la profilaxis del re-sangrado hasta tanto se pueda acceder a la conducta terapéutica definitiva.



### **GAMMAPATIAS MONOCLONALES: NUESTRA EXPERIENCIA**

Benvenuti María Luz, Jouglard Ezequiel, Pedro Pamela  
Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica «Dr.  
Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca. Argentina.  
E-mail: laboratorio@hambb.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** Las gammapatías monoclonales (GM) son un grupo heterogéneo de patologías que tienen en común la aparición en suero y/o en orina de bandas homogéneas; entre estas encontramos al mieloma múltiple (MM), amiloidosis, macroglobulinemia de Waldenström y gammapatías con significado incierto (MGUS). El MM es una patología cuya frecuencia de aparición aumenta en pacientes mayores de 65 años. **OBJETIVO:** describir los casos de GM en el período comprendido entre agosto de 2005 y julio de 2007. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se tomó como fuente las historias clínicas de pacientes ambulatorios e internados que fueron atendidos en el servicio de Laboratorio. **RESULTADOS:** En dicho período se detectaron 17 GM, de los cuales 13 tuvieron diagnóstico final de MM confirmados por punción de médula ósea, 2 eran asociadas a plasmocitomas solitarios extramedulares y 4 MGUS. De los 17 casos de GM, 7 eran mujeres y 10 hombres, con edades comprendidas entre 65 y 86 años con un promedio de 79 años. En los MM la inmunoglobulina (Ig) involucrada era de tipo Ig G en 8 de los casos, 3 de cadenas livianas o micromolecular y 2 de tipo Ig A. Estadios iniciales WHO: 62% I, 15% II y 23% III. **CONCLUSIONES:** Se evidencia la necesidad de respetar los distintos criterios diagnóstico de pacientes sintomáticos para el correcto estudio y clasificación de la GM. La incidencia en esta serie podría deberse a las edades promedio de los pacientes que concurren al servicio. La clínica de presentación coincide con la reportada en la bibliografía.

## Infectología

### **BROTE DE INFECCIÓN POR GÉRMEENES GRAM NEGATIVOS EN UNA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS.**

Quintana Daniel, Maurizi Diego, Rios Aguilera Ana María, Baeza Ana, Alda Ernesto  
Hospital Privado del Sur.  
Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: anainfecto@hotmail.com

**INTRODUCCIÓN:** La infección intrahospitalaria constituye una de las morbilidades más frecuentes en las unidades de cuidados neonatales. Los gérmenes Gram Negativos suelen presentarse en brotes epidémicos con elevada morbimortalidad. **OBJETIVOS:** Primarios: Describir la población de recién nacidos (RN) que presentaron sepsis confirmadas por gérmenes Gram Negativos del grupo KES (Klebsiela, E.Coli, Serratia); Secundarios: Establecer los reservorios de los agentes etiológicos. Definir un plan de acción para su control. **Población:** En el período comprendido entre Julio de 2006 y Enero de 2007 se asistieron en la UTIN del HPS 168 RN de moderado y alto riesgo. **RESULTADOS:** Durante el período de estudio, 21 RN (13%) desarrollaron sepsis confirmada bacteriológicamente a gérmenes Gram Negativos. La edad gestacional fue 34,4 semanas (26-40 semanas) y el peso de nacimiento 2362gr. (1055-4410gr.) De los hemocultivos positivos (37), el 81% fue para Serratia Marcenses, 11% E.Coli y 8% Gram negativos sin tipificar. La mortalidad fue del 9% (2/21). Ninguno desarrollo en LCR y orina. Los controles bacteriológicos efectuados en la UTIN fueron positivos en la casi totalidad de los lugares analizados: Sala de recepción e internación y equipamiento utilizado (incubadoras, monitores, tensiómetros, bombas de infusión); fue sorprendente el hallazgo de Serratia en la mayoría de los envases que contenían antisépticos cutáneos (clorhexidina) y decontaminantes del instrumental utilizado (extractores de leche materna). Un replanteo en los procedimientos de limpieza de los sectores y el análisis de la situación con el personal actuante, junto a la suspensión de la clorhexidina y la introducción de alcohol glicerinado al 70% en la higiene de las manos, resultaron beneficiosos en el control del brote. **CONCLUSIONES:** Los brotes infecciosos por gérmenes Gram negativos suelen presentar una elevada morbimortalidad en los sectores de internación de RN de alto riesgo. Los reservorios deben buscarse en la planta física e instrumental utilizado; el control se logra al extremar las medidas de limpieza ambiental, concientización del personal actuante y extremas medidas en la higiene de manos.

### **INFECCIONES ESPINALES ENTIDADES CLÍNICAS POCO FRECUENTES- PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.**

Acquafredda Mariana, Sierra Fernando, Quispe Laime Adolfo, Vives Daniel.  
Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: macquafredda\_blanca@osde.com.ar

**OBJETIVOS:** Presentar dos casos clínicos de infecciones espinales. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se revisaron las H.C.e imágenes de 2 pacientes ingresados al servicio de Terapia Intensiva del Hospital de la Asoc. Medica de B. Blanca con diagnóstico de infecciones espinales. **Caso1:** Paciente de 82 años, sexo femenino. Antecedentes de dolor lumbar de 7 días de evolución; ingresa c/dolor lumbar, fiebre, deterioro del sensorio, paraparesia, LCR: proteínas 16g/l, glucosa 0.13mg/dl, células 90mm<sup>3</sup>, cultivo (-) RMN: absceso subdural L1, L2, L3. **Diagnóstico:** Absceso subdural espinal. **Tratamiento:** antibioticoterapia, drenaje quirúrgico. **Evolución:** paraparesia de miembros inferiores. **Caso2:** Paciente de 52 años, sexo femenino, que se presenta c/ dolor lumbar de 2 meses de evolución luego de anestesia raquídea. Al ingreso fiebre, fotofobia, dolor lumbar, rigidez, somnolencia, Keming positivo. LCR: 13600 células, glucosa no dosable, proteínas 1.05g/l. Cultivos:(+) estreptococo viridans, hemocultivos 2/2 positivos estreptococo viridans. RMN:absceso epidural con espondilodiscitis vertebral L2 a L5. **Diagnóstico:** Absceso epidural espinal con osteomielitis vertebral L2 a L5. **Tratamiento:** antibioticoterapia, drenaje quirúrgico. **Evolución:** paresia de miembro inferior izquierdo. **CONCLUSIONES:** Las colecciones subdurales y epidurales son patologías graves, cuyo pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento precoz. El índice de sospecha debe ser alto, dado que el lapso temporal entre los primeros síntomas la afección neurológica es muy breve. Una vez instalado el déficit, suele progresar de manera rápida hasta la incapacidad. El pronóstico de recuperación funcional neurológica está en relación con la fase clínica en la que se hallan al momento de instalar el tratamiento adecuado. Nuestros pacientes llegaron en una fase tardía, uno 7 días y otro luego de 2 meses del inicio de los síntomas y aunque su evolución no comprometió la vida, la presencia de déficit neurológico, condicionó su recuperación funcional.

**PERFIL DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE LAS BACTERIAS MAS FRECUENTEMENTE AISLADAS EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL «DR. FELIPE GLASMAN»**

Benvenuto María Luz, Jouglard Ezequiel Francisco,  
Pedersen Dina  
Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica «Dr.  
Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires,  
Argentina.  
E-mail: laboratorio@hambb.com.ar

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia de los microorganismos y su perfil de susceptibilidad a los antimicrobianos (ATB) como base para tratamientos empíricos y normas terapéuticas. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de las bacterias aisladas de infecciones de pacientes ambulatorios e internados que concurren al servicio en el periodo agosto del 2005 a julio del 2007. Se hizo el estudio comparativo de los perfiles de resistencia reportados en los periodos 2002-2003 y 2004. Se evaluaron un total de 954 cepas. Se estudio la presencia de betalactamasas de espectro extendido (blee) en las cepas de *Klebsiella pneumoniae*. Se utilizo como base de datos y para el análisis estadístico el programa de la OMS Whonet 5.4. **RESULTADOS:** Las bacterias mas frecuentes fueron *Escherichia coli* (ECO) (45%), *Staphylococcus aureus* (SAU) (11%), bacilos gram negativos no fermentadores (8%), otras enterobacterias (13%) y otros cocos gram positivos (13%). Se observó un notable aumento en la resistencia a quinolonas (QF) en las cepas de ECO de las infecciones urinarias, de 7% a 16% en ambulatorios y de 8% a 30 % en internación, aumento de la metililino resistencia en los SAU de un 0% a un 24% y aumento en la resistencia a ceftazidima de 0% a 16% y amicacina de 0% a 15% en *Pseudomonas aeruginosa*. La prevalencia de blee fue de un 26%. **CONCLUSIONES:** Si bien los niveles de resistencia son menores a los reportados a nivel nacional (datos de la red Whonet y del sistema informático de resistencia de la Asociación Argentina de Microbiología) es importante destacar el aumento en la resistencia a los antibióticos más utilizados en el período analizado.

## Laboratorio

### **CONTROLES PERIÓDICOS DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2: COMPARACIÓN CON LAS RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA)**

del Valle Marta, Antista Sandra, Lobo Mariana, Pedro  
Pamela.

Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman»  
Patricios 347, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires,  
Argentina.

E-mail: laboratorio@hambb.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica considerada un problema para la salud pública. Sus complicaciones son prevenibles mediante estrategias e intervenciones terapéuticas por ello la ADA ha elaborado recomendaciones para el seguimiento y control metabólico con el fin de evitarlas. **OBJETIVOS:** Analizar la frecuencia de controles, a partir de los registros médicos y de laboratorio, de un grupo de pacientes diabéticos tipo 2 (DBT2) y compararlos con los estándares recomendados por la ADA. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo. Recolección de datos de fuentes secundarias: historias clínicas (HC) y registros de laboratorio de DBT2 pertenecientes a OSPAT con atención exclusiva en el hospital. Periodo de observación 2005-2007. Se analizaron frecuencia (F) de controles y valores de glucemia en ayunas (Glu), hemoglobina glicosilada (HbA1c), microalbuminuria (uAlb), perfil lipídico, y la frecuencia de controles de tensión arterial (TA), inspección de pies (IP) y control oftalmológico (CO). **RESULTADOS:** Se analizaron 60 HC. La mediana de edad 77 años (rango 65 - 88). La F de controles de Glu: 2.3/año; media: 1.51mg/dL (rango 0.73-3.08). Para HbA1c fue de 0.76/año; media: 6.82 (rango 4.6-12.3). Solo el 11% de los pacientes realizaron determinación de uAlb, la mitad con valores patológicos. La F de solicitud de colesterol fue 0.6/año con media de 2.04g/L (rango 1.17-2.85). La totalidad tuvo registro de control de TA y ninguno de IP. El CO anual se realizó en el 43% de los pacientes. **CONCLUSIONES:** Las recomendaciones se cumplen parcialmente. Podría deberse a falta de adherencia, no autorización automática de determinadas prácticas, la propia rutina de cada médico. Es importante tener en cuenta estas dificultades para implementar pautas de atención a fin de promover la prevención de complicaciones y la calidad de vida de estos pacientes.

## Neurointensivismo

### TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS CEREBRALES DE DISTINTOS TERRITORIOS. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.

Barca Daniel 1, Mitilli Gabriel 1, Boschero Paula 1, Pérez Beti Silvia 1, Ontivero Marcelo 1, Frizza Jorge Ignacio 1, Mele Juan Ignacio 1, Van´Otteghem Martín 2, Fainstein Daniel 1, Domínguez Andrea 3

1 Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Privado del Sur.

2 Servicio Neurocirugía. Hospital Privado del Sur. 3

Servicio Clínica Médica. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna»

Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: uti@hps.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento endovascular se ha incorporado en los últimos años como alternativa terapéutica de los aneurismas cerebrales sobre todo en aquellas localizadas en el territorio posterior. Presentamos dos casos de aneurismas cerebrales, tratadas por vía endovascular, en 2 territorios distintos. **CASOS CLÍNICOS:** Se presentan dos pacientes de sexo femenino, edad promedio: 50 años, con cuadro clínico de HSA confirmado por TAC. Glasgow promedio de ingreso: 12/15. Peor Fisher 4. Peor Hunt y Hess:3. Se inicia tratamiento con expansión y hemodilución hipervolémica así como tratamiento con Nimodipina 60 mg cada 4 hrs. Catéter de PIC: 1 paciente por hidrocefalia aguda. Localización: la arteriografía selectiva con sustracción digital mostró: 1 aneurisma silviano y un pseudoaneurisma de basilar más disección de la misma. Se decide con neurocirugía tratamiento endovascular de los aneurismas de silviana y basilar. Se realizó coiling de los aneurismas de silviana y de basilar, más stent a la basilar. Todos los pacientes se externaron con buen resultado neurológico. **GOS:** 5. **CONCLUSIONES:** 1-Tal como recomienda la bibliografía internacional nuestro servicio ha incorporado el tratamiento endovascular para los aneurismas de fosa posterior; 2- La alternativa terapéutica endovascular en el resto de los territorios permite una solución efectiva y menos agresiva de este tipo de lesiones; 3- Las complicaciones neurológicas (hidrocefalia) no estuvieron vinculadas al procedimiento endovascular.

### SINDROME DE «STROKE» FETAL: A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN RECIÉN NACIDO DE PRETÉRMINO.

Quintana Daniel Eduardo, Vecchi Carlos, Alda Ernesto Hospital Privado del Sur.

Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: dquintana@bvconline.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de «stroke» fetal ha sido definido como un severo cuadro clínico perinatal que afecta a recién nacidos (RN) de cualquier edad gestacional, comprometiendo áreas neurológicas con sintomatología neonatal precoz (convulsiones) y/o secuelas evolutivas (retraso mental, epilepsia, parálisis cerebral). Su etiología se desconoce, pero su fisiopatología se centraliza en áreas cerebrales que dejan de ser profundas (isquemia inicial), agregándose hemorragia cerebral en la reperfusión. **OBJETIVOS:** Describir las características clínicas observadas en un RN de pretérmino. **REPORTE:** Madre de 25 años; secundigesta, embarazo controlado. A las 36 semanas, parto de comienzo espontáneo y terminación vaginal, RN 2870gr y puntuación de Apgar 5-8 (10 y 50 minuto). Comienza con convulsiones generalizadas, tónico-clónicas y midriasis parálisis bilateral, requiriendo elevadas dosis de fenobarbital IV (60mg/kg). Controles metabólicos normales y anemia severa (Hto 24%). La tomografía (TAC) inicial informa colección hemática fronto-temporo-parietal izquierda con colapso de las estructuras ventriculares. Se decide evacuar la colección sanguínea, siendo imposible dado lo organizado del coágulo. Estudios de coagulación normales. Alta a los 31 días de internación. La resonancia magnética realizada a los 3 meses, revela reemplazo total del parénquima cerebral por líquido hiper e hipointenso. En la actualidad presenta signos clínicos de parálisis cerebral severa. **CONCLUSIONES:** El período perinatal suele ser un momento de riesgo para desarrollar «stroke» fetal, probablemente relacionado con factores intrauterinos principalmente de tipo hemodinámicos o por mecanismos que intervienen en la coagulación sanguínea (trombofilias hereditarias o adquiridas). Episodios de isquemia arterial perinatal se han reconocido en uno cada 4000 recién nacidos de término, con manifestaciones clínicas en las primeras horas de vida extrauterina. En otros pacientes el diagnóstico de «stroke» fetal suele ser retrospectivo. Representa la causa más común de parálisis cerebral en el recién nacido de término y es responsable del 50-70% de las hemiplejías cerebrales congénitas.



**SINDROMES DE DESMIELINIZACION OSMÓTICA (SDO).  
SINDROME DE MIELINOLISIS EXTRAPONTINA (SME).  
PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Boschero Paula, Perez Beti Silvia, Ontivero Marcelo,  
Frizza Jorge Ignacio, Mitilli Gabriel, Criado Francisco,  
Fainstein Daniel, Maurizi Diego, Vecchi Carlos  
Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Privado del Sur.  
Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires,  
Argentina.  
E-mail: uti@hps.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El más conocido de estos síndromes, la mielinolisis pontina central (MPC), fue descrita por primera vez por Adams, Victor y Mancall en 1959, reportando 4 casos de desmielinización simétrica de la región pontina central, sin evidencia de pérdida axonal, inflamación o injuria vascular. Los pacientes reportados eran alcohólicos, desnutridos crónicos. Dos de ellos asintomáticos y los otros dos con parálisis pseudobulbar y cuadriplejía. En los años siguientes se observó que la desmielinización podía ocurrir en otras regiones, denominado en 1979 por Wright y col como mielinolisis extrapontina. En un estudio de 58 casos de SDO (Gocht and Colmant, 1987), 47% tenían localización pontina (MPC), 22% tenía localización extrapontina exclusiva (SDE) y 31% tenían ambas localizaciones. El SDE involucra la sustancia blanca interpuesta entre la sustancia gris de los ganglios basales, el gyrus cinguli, la cápsula externa, el tálamo y el cerebelo. Mientras que el SMP fue originariamente vinculado al alcoholismo, posteriormente se reconoció su asociación a los cambios bruscos en los electrolitos, particularmente las fluctuaciones en el Sodio, lo suficientemente bruscas como para causar cambios en la osmolaridad.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 74 años, con antecedentes de etilismo crónico que ingresa a UTI por meningitis a Neumococo. Hemocultivos positivos al mismo germen. Fue tratada con Ceftriaxona 4 gr. /d más dexametasona 2 grs/d. rotándose a las 48 hrs. a Ampicilina 12 grs./d. Requiere 6 días de ventilación mecánica. Evoluciona infectológicamente de manera esperada externándose al 6to día a piso ,con una discreta disfonía evidenciándose obstrucción del 50% de la luz traqueal por granuloma y parálisis de cuerda vocal derecha. 10 días mas tarde se da el alta domiciliaria. Reingresa a los 9 días por cuadro de desorientación temporoespacial, confusión, trastornos de conducta, alucinaciones, oftalmoplejía izq. con parálisis del recto interno izq. Se interpreta como una Encefalopatía de Wernicke, tratándose con Tiamina ,no mejorando, con persistencia del cuadro de desorientación TE y alucinaciones. Se realiza RMN que muestra lesiones hiperintensas en T2 simétricas y bilaterales. **CONCLUSIONES:** El diagnóstico de SDO comienza con el reconocimiento de los factores predisponentes así como la aparición de síntomas después de un stress osmótico. Sin embargo, recientemente diversos autores han hallado el síndrome en pacientes con sodio normal, alto o sin corrección brusca de la natremia. En general existe el

concepto que estas entidades son de aparición infrecuente probablemente por la dificultad diagnóstica que ofrecen, a de lo cual, creemos que la apreciación puede no ser correcta. Consideramos que el cuadro clínico, su contexto, las imágenes de RMN y la respuesta terapéutica confirman el diagnóstico de esta entidad.

## Neurología

### **ALZHEIMER: RELEVAMIENTO DEL SUDOESTE BONAERENSE Y ALTO VALLE DE RÍO NEGRO, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.**

Colombo Oscar, Colos Bettina, Verniere Marina,  
Fernández Gerardo  
Consultorios particulares y Laboratorio de Genética  
Molecular Biogenet. Alvarado 1051, (8000) Bahía Blanca,  
Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: bettinacolos@biogenet.org

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Alzheimer, desde su descripción original, ha sido motivo constante de estudio y a pesar de ser tal vez una de las patologías neurológicas mejor estudiadas, todavía deja dos incógnitas: cuál es el agente patógeno y cómo se cura. En tanto, es importante llegar al diagnóstico correcto lo más rápido posible, ya que la terapia neurocognitiva temprana es actualmente la mejor herramienta para mejorar la calidad de vida del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se estudió un grupo de 42 enfermos con sintomatología cognitiva mediante evaluación neurológica clásica, determinación genético-molecular del gen APOE y neuropsicológica. En la evaluación neurológica se utilizan los criterios clínicos y de imágenes. Se efectuaron determinaciones de laboratorio: hemograma, Homocisteinemia, determinación sérica de VitB12, y a nivel genético se estudiaron los polimorfismos del gen APOE. Se intentó probar la asociación del genotipo ε4 con la EA.

**RESULTADOS:** Las hipótesis a probar fueron fenotipo del gen APOE más frecuente en la población analizada y concordancia del fenotipo con la evaluación clínica. La correspondencia fue del 87%.

**DISCUSIÓN:** Desde la Evaluación Neuropsicológica por medio de un protocolo especialmente diseñado para evaluar demencias, diagnóstico diferencial según DSM IV, se obtienen perfiles del funcionamiento neurocognitivo, conductual y psiquiátrico que nos indican el nivel de deterioro cognitivo de los pacientes. Estamos investigando y proponiendo un nuevo enfoque, que permitiría diagnosticar el deterioro cognitivo, mediante el registro de movimientos fijacionales del ojo durante la lectura.

## Ortopedia

### **SÍNDROME DEL TÚNEL CUBITAL**

Harguindeguy Diego

Cirugía de la mano y el miembro superior.

Hospital Privado del Sur - Hospital Interzonal General

«Dr. José Penna». Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca,  
Buenos Aires, Argentina.

E-mail: eharguindeguy@speedy.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome del túnel cubital la mayoría de las veces responde al tratamiento conservador. Cuando debe recurrirse al tratamiento quirúrgico hay dos categorías de procedimientos: la descompresión (in situ y la epitroclectomía) y la transposición: (subcutánea, submuscular o intramuscular). Se propone la descompresión in situ y cierre del canal epitrocleo-electraneano que aplica en forma conjunta la fundamentación de las dos categorías. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Entre 1996 y 2004 fueron operados 72 pacientes con síndrome del túnel cubital (idiopáticos y secundarios) tipo I (sin respuesta al tratamiento conservador), tipo II y III (clasif. de Mc Gowan). A todos los casos se les realizó la técnica enunciada e inmediatamente comenzaron movimientos de pronosupinación completa con flexo-extensión limitada. **RESULTADOS:** Dos pacientes (tipo III) no mostraron ninguna mejoría. El resto de los resultados fueron satisfactorios aunque algunos pacientes presentaron hiperestesia en la cicatriz. Sin embargo, todos los pacientes volvieron a sus actividades habituales. Ningún caso fue reoperado. **DISCUSIÓN:** La descompresión in situ abierta o endoscópica no impide la subluxación recidivante ni tampoco corrige el mecanismo de tracción. Esto sí podría ser solucionado por la epitroclectomía aunque el riesgo de posibles complicaciones es demasiado elevado (dolor óseo y vulnerabilidad del nervio cubital, debilidad de los músculos desinsertados e inestabilidad del codo). Los procedimientos de transposición desvascularizan un trayecto demasiado extenso del nervio. Ubicado en la subcutánea posibilita lesionar las ramas nerviosas sensitivas tanto en el tallado del «colgajo» como de comprimirlas en la sutura del mismo, siendo esto mayor en personas delgadas. La transposición submuscular necesita 10 pasos adicionales más allá de la descompresión in situ, lo cual demuestra fácilmente la diferencia de complejidad del procedimiento con un alto índice de complicaciones. **CONCLUSIONES:** La técnica propuesta evita la subluxación recidivante permitiendo una amplia excursión del nervio. Asimismo mantiene íntegra su vascularización, no modifica el resto de las estructuras anatómicas, ni tampoco tracción a las ramas motoras emergentes del nervio.

## Pediatría - Neonatología

### AMPLIACIÓN VESICAL LAPAROSCÓPICA EN PEDIATRÍA: UNA CIRUGÍA INNOVADORA REALIZADA EN NUESTRA CIUDAD

Lisandro Ariel Piaggio, Nestor Horacio Piaggio, Pablo Long, Gustavo Sofia.  
Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: lpiaggio@yahoo.com

**INTRODUCCIÓN:** La ampliación vesical con diferentes tejidos es el tratamiento estándar de la vejiga neurogénica con falla del tratamiento médico. La factibilidad de la colcistoplastia laparoscópica ha sido reportada previamente en el paciente adulto (1 caso en la Mayo Clinic). Según creemos, este tipo de cirugía no ha sido reportada en literatura en un paciente pediátrico hasta la fecha. Presentamos un video de una colcistoplastia realizada por vía laparoscópica en Bahía Blanca. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente de 12 años de edad con vejiga neurogénica secundaria a mielomeningocele. Presenta vejiga hipertónica, de baja complacencia a pesar de recibir dosis máximas de anticolinérgicos. El paciente se cateteriza a través de la uretra sin dificultad, deambula y es continente fecal. No tiene válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Necesita para evitar la progresión de su tracto urinario superior una ampliación vesical. **Técnica:** Realizamos una cirugía transperitoneal con 4 trócares. Un segmento de colon sigmoideo de aproximadamente 20 cm es aislado entre dos endostaplers. La continuidad intestinal se reestablece con una sutura mecánica circular. La reconfiguración del intestino se realiza mano asistida exponiendo el segmento aislado por la incisión umbilical ampliada. Se introduce el intestino en la cavidad peritoneal y se realiza la anastomosis enterovesical con una sutura continua con técnica laparoscópica. Se coloca un tubo suprapúbico que se exterioriza a través de una de las incisiones para los trócares.

**RESULTADOS:** El procedimiento se realizó en forma exitosa con mínima pérdida de sangre. El paciente recuperó tránsito intestinal en 36 horas y fue dado de alta el cuarto día posoperatorio. El requerimiento de narcóticos endovenosos fue mínimo. La urodinamia postoperatoria mostró un aumento significativo de la capacidad vesical con excelente complacencia. **CONCLUSIONES:** Con el equipamiento y el entrenamiento adecuado, se puede realizar cirugía reconstructiva compleja en forma mínimamente invasiva, ofreciéndole al paciente un mayor confort postoperatorio y una rápida recuperación.

### CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA LA CORRECCIÓN DE DUPLICACIONES URINARIAS EN MENORES DE DOS MESES.

Piaggio Lisandro Ariel, Noh Paul, González Ricardo  
duPont Hospital for Children, Wilmington, DE, USA  
E-mail: lpiaggio@yahoo.com

**INTRODUCCIÓN:** Las duplicaciones del tracto urinario (DTU) son diagnosticadas comúnmente en las ecografías prenatales y presentan una variedad de tratamiento dependiendo de los hallazgos de los estudios postnatales. Presentamos un video con dos tratamientos diferentes realizados por vía laparoscópica en 2 niños menores de 2 meses con DTU: una nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) de un polo superior no funcional, y una anastomosis uretero-ureteral (AUUL) de un ureter ectópico con función de la unidad renal correspondiente. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Los pacientes fueron evaluados con ecografía renovesical postnatal, cistouretrografía miccional y renograma. Las cirugías se realizaron por vía transperitoneal con tres trócares: 5 mm (1) y 3 mm (2). La NPL comienza con identificación del ureter medio que es disecado hacia proximal y distal, ligado y seccionado. Luego se aborda el polo superior del riñón y se tracciona del ureter pasándolo por detrás de los vasos renales y se lo utiliza para tracción cuando se corta el parénquima. La AUUL se realiza con una sutura continua reabsorbible 6-0 al nivel del entrecruzamiento del ureter con los vasos ilíacos. **RESULTADOS:** No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. El requerimiento de analgésicos fue mínimo. El alta hospitalaria se otorgó a las 24 horas del postoperatorio. Con una media de seguimiento de 12 meses todas las unidades renales remanentes conservan su función y no presentan hidronefrosis. Los pacientes se encuentran clínicamente bien con un resultado estético excelente. **CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia la NPL y AUUL son modalidades de tratamiento seguras y efectivas para las DTU. El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente y puede realizarse en una etapa temprana de la vida.

### EXPERIENCIA CON 76 TORSIONES ANEXIALES PEDIÁTRICAS EN UNA ÚNICA INSTITUCIÓN

Piaggio Lisandro Ariel, González Ricardo, Bailez María Marcela  
Hospital Nacional de Pediatría «Dr. Juan P. Garrahan»  
Belgrano 323, 4°A, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: lpiaggio@yahoo.com

**INTRODUCCIÓN:** La torsión de ovario en edad pediátrica (TOP) es una causa rara de dolor abdominal y su tratamiento es demorado si el diagnóstico no se sospecha. En este

trabajo remarcamos las características clínicas de la TOP y su correlación con los hallazgos quirúrgicos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes que tuvieron cirugía con diagnóstico final de torsión anexial en un período de 16 años en el Hospital Nacional de Pediatría J. P. Garrahan. Se estudiaron datos demográficos, presentación clínica, duración de los síntomas, hallazgos de laboratorio, resultados de imágenes, demora hasta la cirugía, hallazgos operatorios, reporte anatomopatológico y evolución. **RESULTADOS:** Tratamos 76 TOP en 69 pacientes con una media de seguimiento de 34 meses. La edad promedio fue de 8.07 años (0-16). La forma de presentación fue abdomen agudo en 34, diagnóstico prenatal en 17, dolor abdominal recurrente o crónico en 15, y otra en 3. El 42 % de las pacientes con diagnóstico postnatal de TOP tenían antecedentes de algún síntoma previo al momento de la consulta y el 44 % fueron evaluadas por lo menos en dos oportunidades antes de que se realizara interconsulta con un cirujano. La duración promedio de los síntomas fue de 15.9 días. El lado afectado fue izquierdo en 32 (46.4%); derecho en 33 (47.8%) y bilateral en 4 (5.8 %). El 97 % de las pacientes tuvieron un hallazgo positivo en la ecografía, pero la TOP fue sospechada en muy pocos casos. Un ovario (0.05%) fue salvado en el grupo de diagnóstico prenatal y 13 (25 %) en el grupo con diagnóstico postnatal, en el que se encontraron 23 tumores como causa predisponente de la torsión. **CONCLUSIONES:** La mayoría de las TOP que se diagnosticaron en forma postnatal presentaron dolor abdominal con vómitos o leucocitosis con signos inespecíficos en el examen físico y hallazgo ecográfico de una masa pelviana. El índice de sospecha de TOP fue muy bajo y hubo demora en el tratamiento en casi la mitad de los casos. El porcentaje de ovarios salvados fue bajo. Un número significativo de pacientes se presentaron con síntomas subagudos o con hallazgos prenatales y no fue posible salvar la gónada afectada.

#### **PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPIA EN MENORES DE UN AÑO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

Piaggio Lisandro Ariel, Neheman Amos, Piaggio Nestor Horacio, Martorelli Juan, Gonzalez Ricardo.  
duPont Hospital for Children, Wilmington, DE, USA  
Hospital Italiano Regional del Sur. Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca.  
Belgrano 323, 4°A, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: lpiaggio@yahoo.com

**INTRODUCCIÓN:** Aunque la pieloplastia laparoscópica (PL) en pediatría fue descripta hace más de una década atrás, su indicación en el infante pequeño es controversial. En los últimos tres años los autores utilizaron la técnica laparoscópica como vía de elección para la corrección de la estenosis pieloureteral (EPU) en todos los grupos etarios sin límite de edad mínima. Presentamos nuestra técnica y los resultados

de la PL en el subgrupo de pacientes menores de nuestra serie (menores de 1 año). **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se llevó un registro prospectivo de todos los pacientes operados por EPU desde el año 2004. Los pacientes menores de 1 año fueron incluidos en el estudio. Se analizaron: datos epidemiológicos, medidas corporales, tiempo operatorio, necesidad de analgésicos, tiempo de hospitalización, complicaciones y evolución. **RESULTADOS:** 19 pacientes se incluyeron en el estudio. La media de edad y peso (rango) fue de 4 meses (0.5-11) y 6.2 kilogramos (3.9-10). El tiempo operatorio medio fue de 214 minutos. La pérdida estimada de sangre fue mínima. No hubo complicaciones intraoperatorias ni conversiones a cirugía abierta. El requerimiento medio de narcóticos postoperatorios (equivalente de morfina) fue de 0.17 mg/kg. Los pacientes permanecieron internados por una media de 1.7 días. Hubo una complicación (5%) consistente en una pérdida de orina por la anastomosis. Con una media de seguimiento de 9 meses no hubo fallas postoperatorias. **CONCLUSIONES:** Con instrumentos adecuados y una técnica cuidadosa la PL puede realizarse en niños de cualquier edad. En nuestra experiencia la PL en infantes pequeños presentó mínima morbilidad y excelentes resultados convirtiéndose en nuestra técnica de elección. De esta manera podemos ofrecer al paciente pediátrico bahiense con EPU los estándares internacionales más avanzados de tratamiento.

#### **INFECCIÓN INVASIVA POR S. PNEUMONIAE EN LA INFANCIA: ACERCA DE UN CASO**

Pacheco Marcela, Paris de Baeza Ana María  
Servicio de Pediatría y Labsur Microbiología- Hospital Privado del Sur.  
Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: pediatría@hps.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El *S. pneumoniae* o *Neumococo*, es el agente causal más frecuente de infecciones invasivas en la infancia con presentaciones clínicas tales como: bacteriemias ocultas, meningitis, sepsis, peritonitis primarias, abscesos, artritis sépticas, etc. Se lo debe investigar en sangre, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, articular y hueso. **OBJETIVOS:** Presentar un caso clínico de infección invasiva por *S. pneumoniae* internado en el Servicio de Pediatría de HPS. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Niño de 3 años de edad con fiebre y dolor abdominal, tratado con Cefalexina 48 hs. antes del ingreso, por probable infección urinaria. Se revela leucocitosis con neutrofilia, PCR y eritrosedimentación elevadas. En la inspección presenta miembro inferior derecho en semiflexión y con rotación externa; disminución de movilidad de cadera derecha y envaramiento. La RMN evidenció hipercaptación en músculos paravertebrales unilateral derecho a nivel lumbar. Fue tratado por piomiositis con Cefalotina a 100 mg/kg/d. Resultados del laboratorio: Hemocultivo: Diplococos Gram(+) =Neumoco-



cos. CIM para Penicilina: 1 ng/ml: Sensibilidad Intermedia. Se rota a Ceftriaxona a 100 mg/kg/d. Al 5º día cede la fiebre. Cumple 5 días de Cefalotina y 5 días de Ceftriaxona, con buena evolución clínica y de laboratorio. Alta a los 10 días con Cefuroxima a 40 mg/kg/d, debiendo cumplir 21 días totales. A las 4 semanas se observa desaparición de la imagen en control con Resonancia Magnética Nuclear. CONCLUSIONES: Durante los últimos años el Neumococo ha experimentado en el mundo cambios en su epidemiología, aumento de incidencia y desarrollo creciente de resistencia a Penicilina y a otros antibióticos por eso es tan importante el rol de las vacunas antineumococcicas en la prevención de las distintas patologías.

### **TRANSURETEROURETEROSTOMIA LAPAROSCOPICA EN PEDIATRIA: UN ABORDAJE NOVEDOSO**

Piaggio Lisandro Ariel, González Ricardo  
DuPont Hospital for Children  
Belgrano 323, 4ºA, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires,  
Argentina.  
E-mail: lpiaggio@yahoo.com

**INTRODUCCIÓN:** La transureteroureterostomía (TUU) se ha convertido en una parte indispensable del armamentario de la cirugía urológica reconstructiva. **OBJETIVOS:** Presentar tres casos pediátricos en que la TUU se realizó por vía laparoscópica en forma exitosa con muy buena evolución. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Los pacientes fueron 3 niños con una edad promedio (rango) de 63 meses (18-105). Los diagnósticos fueron obstrucción unilateral luego de un reimplante ureteral (cirugía de Cohen) por reflujo vesicoureteral, megaureter refluente y lesión de uréter luego de una diverticulectomía vesical por vía convencional. Presentamos los casos clínicos con sus imágenes correspondientes, discutimos las opciones terapéuticas y describimos un nuevo abordaje mínimamente invasivo para realizar la cirugía reparadora: transuretero-ureterostomía laparoscópica (TUUL). Discutimos el manejo postoperatorio y las posibles complicaciones. **RESULTADOS:** Todos los casos fueron completados en forma laparoscópica exitosamente. El tiempo operatorio medio incluyendo la cistoscopia (rango) fue de 260 (200-313) minutos. La diferencia promedio de hemoglobina pre- y postoperatoria fue de 0.3 gr/dl. Los requerimientos de morfina y ketorolac postoperatorios fueron de un promedio de 0.2 mg/kg y 1.5 mg/kg respectivamente. Los pacientes fueron dados de alta entre los 2 y 4 días del postoperatorio. Con una media de seguimiento de 18 meses todos los pacientes se encuentran clínicamente bien, con función renal y tensión arterial normales y sin hidronefrosis. **CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia inicial, la TUUL fue segura y efectiva, asociándose a una necesidad mínima de analgésicos, pérdida de sangre mínima, rápida recuperación y excelente resultado cosmético. Creemos que en casos seleccionados, en el que la TUU es la técnica elegida,

un abordaje laparoscópico puede ofrecer al paciente las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

## Sociología

### **ABORDANDO LA VIOLENCIA FAMILIAR, EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE BASADO EN LA COMUNIDAD.**

De Salvo Aniela, Dosso Nicolás, Falconi Manuela,  
Helbert Carolina, Herrero Verónica, Lauronce Mariana,  
Noceti Belen, Palomo Diego, Pompei Carla.  
Carrera de Medicina. Departamento de Ciencias Médicas.  
Universidad Nacional del Sur  
Florida 1450, (8000) Bahía Blanca. Argentina.  
E-mail: nicolas\_dosso@hotmail.com

**INTRODUCCION:** Alumnos y docentes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur, llevamos adelante un proyecto de investigación-acción denominado Planificación Estratégica en Salud- Villa Nocito - UNS. Esta comunidad es construida socialmente en torno a estigmas negativos que profundizan la vulnerabilidad y la exclusión de sus habitantes de todo sistema de inclusión social posible. El Proyecto fue financiado por el Ministerio de Educación de la Nación, a través del Programa denominado Proyectos Voluntariado Universitario 2006. **OBJETIVOS:** Tomar como referente empírico una comunidad barrial considerada de alto riesgo social por agentes municipales y que, de acuerdo al último censo nacional, registra un alto índice de pobreza. Nuestra mirada respecto de la salud de la población se constituye de manera holística y a cotidiano se intenta generar acciones que propicien la participación comunitaria. **RESULTADOS:** En esta oportunidad presentamos resultados parciales respecto del tratamiento de una de las problemáticas consideradas prioritarias por los vecinos la violencia familiar. A su vez este tema resultó preponderante a la hora de analizar los motivos de consulta en la Unidad Sanitaria barrial. **CONCLUSIONES:** Desde nuestra acción de promoción y prevención vinculamos actores sociales que abordan la temática, y así logramos disminuir barreras al acceso de información, reforzamos redes pre-existentes y generamos nuevos lazos de solidaridad social.

## Trauma

### EVALUACION DEL TRAUMATISMO DE LA COLUMNA CERVICAL EN PEDIATRIA CON RESONANCIA MAGNETICA (SCIWORA)

Vives Daniel, Bauni Carlos, Mendoza Mónica  
 Centro de Diagnóstico Médico «Dr. José Pérez Ibáñez».  
 Hospital Privado del Sur.  
 Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires,  
 Argentina.  
 E-mail: dvives@cdbmbb.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** El SCIWORA, cuyas iniciales corresponden a 'Spinal Cord Injury Without Radiographic Abnormality' (lesión de la médula espinal sin anomalía radiográfica) es característico en niños, ya que al estar la columna vertebral en pleno crecimiento, puede producirse una lesión medular sin que haya lesión ósea apreciable a través de pruebas radiológicas. **OBJETIVOS:** Se presentan tres casos donde todos sufrieron trauma cervical con déficit neurológico y exámenes radiológicos negativos que concurren al Centro de Diagnóstico Médico «José Pérez Ibáñez» en el Hospital Privado del Sur. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se evaluaron con un resonador de 1 Tesla, realizando en todos los casos secuencias T1 y T2 en los planos de perfil y transversal. **RESULTADOS:** Se diagnosticaron dos verdaderos SCIWORA y un falso SCIWORA. **CONCLUSIONES:** Se da más frecuente en niños porque hay factores predisponentes como: Mayor elasticidad de la columna cervical, que permite desplazamientos intersegmentarios transitorios, como respuesta a fuerzas deformantes. Débil musculatura cervical. Mayor tamaño cefálico. Las facetas articulares son más superficiales y horizontalizadas. El acunamiento de los cuerpos vertebrales inmaduros que da mayor capacidad de flexoextensión y translación. La causa más frecuente son los atropellos, caídas y accidentes deportivos (zambullidas) El mecanismo más común es la flexo-extensión en columna cervical. La incidencia es mayor en niños pequeños y más severa la repercusión neurológica. En menores de 8 años el sector más frecuentemente afectado es el cervical. En resto del raquis y los adultos no esta exento de lesiones. Puede existir un periodo de latencia entre 30' y cuatro días. En los niños que desarrollan un déficit neurológico que sigue a un trauma de menor importancia, la lesión de la médula cervical sin anomalía radiológica se debe considerar en el diagnóstico diferencial.

### TERAPIA OCUPACIONAL EN TRAUMA GRAVE DE MANO

Canosa Contin María Elina, Núñez Marisa  
 Consultorio de Terapia Ocupacional  
 Fitz Roy 25, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires,  
 Argentina.  
 E-mail: mariaelina@yahoo.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** Restituir en forma temprana la función motriz, sensitiva, limitando la secuela funcional es el objetivo de la re-educación precoz en la mano gravemente traumatizada. El criterio de cirujanos y rehabilitadores y la participación activa del paciente, son necesarias para maximizar la funcionalidad, minimizando complicaciones secundarias. **OBJETIVOS:** Describir modalidad de trabajo y resultados: 1. Edema: Favorecer circulación de retorno. Posición de declive, ejercicios de bombeo, masaje retrógrado y de resistencia elástica, aplicación de agentes físicos para favorecer el trofismo (hidroterapia, crioterapia, medios compresivos). 2. Dolor: Inmovilización y ferulaje. 3. Rango articular y fuerza: Movilización precoz protegida. Graduación de ejercicios en progresión de resistencia y carga hasta actividades simuladas para el desempeño instrumental. Plan para el hogar. 4. Sensibilidad/desensibilización: Lineamientos para proteger la mano, protocolos de reeducación sensorial y desensibilización. 5. Terapia cicatrizal: masaje, vibración, succión, compresión. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente sexo femenino de 19 años. Mecanismo de lesión: Accidente de tránsito: aplastamiento, quemadura, fractura 1er. falange pulgar. Derivación: 70 días. Duración del tratamiento: 10 meses. Documentación fotográfica. Goniometría: I dígito se incrementó en un 18%, 4 últimos dedos en un 31%. Dinamometría promedio: de un 18% a un 83% respecto del miembro sano. Sensibilidad: 4 últimos dígitos, de reconocimiento de toque ligero disminuido a sensación normal. Pulgar 1ra y 2da falange de sensación protectora disminuida a toque normal. Zona dorsal metacarpiana sin cambios, a saber: I y II sensación protectora disminuida, III y IV sensación de presión profunda. **CONCLUSIONES:** Secuelas tales como neuromas no desensibilizados, adherencias capsulares, tendinosas, acortamientos musculares, pueden evitarse con la reeducación precoz. En muchos casos también, el número de re intervenciones quirúrgicas.

## Unidad de Terapia Intensiva

### **TROMBOLISIS EN EL TEP MASIVO. PRESENTACIÓN DE SEIS CASOS.**

García Pacho Pablo, Boschero Paula, Mitilli Gabriel, Barca Daniel, Criado Francisco, Silio Julio, Fainstein Daniel, Vives Daniel.

Hospital Privado del Sur. Las Heras 164, (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

E-mail: uti@hps.com.ar

**INTRODUCCION:** El tromboembolismo pulmonar masivo es un evento CV grave con una mortalidad que se aproxima al 50%. En nuestro servicio desde diciembre de 2005 la conducta terapéutica incluye el uso de estreptokinasa IV en aquellos pacientes con TEP asociado a disfunción aguda del VD. **OBJETIVOS:** presentar 6 casos de TEP masivos en los que el uso precoz de STK permitió obtener buenos resultados clínicos. **MATERIAL Y MÉTODO:** presentamos 6 casos de TEP masivo tratados con STK. **Definición:** TEP masivo: oclusión del árbol arterial pulmonar asociado a falla aguda del VD. **Angioresonancia diagnóstica** en todos los pacientes. **Pro BNP:** valores de corte mayores a 600 pg/ml. **Ecocardiograma** compatible con fallo agudo del VD, no cardiogénico. **Ecodoppler** de MII con TVP. **Protocolo terapéutico:** STK 250.000 U en bolo seguidos de 100.000 U/h durante 24 hrs. **Control** con Pro-BNP al fin de la infusión y doppler cardíaco al alta de la unidad. **RESULTADOS:** Desde el inicio en diciembre de 2005 del protocolo de STK en el tratamiento del TEP masivo hemos tratado 6 pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos para su adecuada protocolización. **Masculinos** 5, **femeninos** 2. **Edad promedio** 66 años (41.78). **Pacientes con TVP asociada:** 5 (83,4%). **Mortalidad:** 1 pte (16,6%). **Complicaciones:** sangrado que requirió más de 3 unidades de GR: 1 paciente (16,6%). **Pacientes con compromiso hemodinámico:** 100%. **Síncope:** 50%. **Fallo de VD:** 100%. **Pro-BNP superior a 600ug/dl:** 100%. **CONCLUSIONES:** 1-Se incorporado la STK al esquema terapéutico del TEP masivo con buenos resultados y baja tasa de complicaciones mayores. 2-El Pro-BNP es de utilidad en el diagnóstico de falla de VD asociado al TEP y se correlaciona adecuadamente con el ecocardiograma. Su utilidad permitiría evaluar la reperfusión del árbol arterial pulmonar y la mejoría de la función del VD. 3- En un paciente no hallamos TVP asociada.(16,6%). 4- Nuestra mortalidad ha sido inferior a la reportada por la literatura( 16,6% vs. 50%). 5-Recomendamos el protocolo utilizado para el tratamiento del TEP masivo. 6-La posibilidad de un diagnóstico de certeza, más la adhesión a un protocolo adecuado así como la disponibilidad Institucional de medios de diagnóstico permite ofrecer a los pacientes una fuerte probabilidad de éxito terapéutico en una condición clínica grave.

## ÍNDICE DE AUTORES

Abrego Paula	95, 99, 101, 102	Fernández Gerardo	113
Acquafredda Mariana	95, 108	Fernández Silvina	98
Alda Ernesto	99, 108, 111	Foresi Edgardo	93
Alvarez Carlos Alejandro	87, 87, 88	Frapichini Ramiro	95, 99, 101
Álvarez Cristina	100	Frizza Alejandro	105
Alvarez Iorio Carlos Jacinto	87, 87, 88	Frizza Arrigo	105
Antista Sandra	110	Frizza Jorge Ignacio	106, 111, 112
Bailez María Marcela	115	Galiana Graciela	103
Barca Daniel	106, 111, 120	Gallo Manuel	103
Baroni Roberto	106	García Ana Valeria	94, 97, 101, 103
Bartomioli Miguel Ángel	106	García Dieguez Marcelo Raúl	86, 86
Bauni Carlos	94, 97, 119	García Pacho Pablo	92, 92, 93, 120
Benozzi Silvia	100	Gentilucci Susana	100
Benvenuti María Luz	107, 109	Giorgetti Osvaldo Luis	86, 86
Besegato Cinthya	103	Giuliano Antonio	99
Billordo Pedro	92, 93, 96	Gómez Giménez Eduardo	94, 97, 101, 103
Boschero Paula	106, 111, 112, 120	González Mariana Soledad	85, 91
Bucca Juan	100	González Ricardo	115, 115, 116, 117
Canosa Contin María Elina	119	Gregorini Daniela	105
Cantarelli Sergio Oscar	89, 89	Guimaraenz Marcelo	92, 92, 93
Carignano Carlos	95, 99, 101, 102	Gustavo Sofia	115
Carpio Roque	98	Harguindeguy Diego	114
Casas Pablo	95	Helbert Carolina	118
Castell Esteban	91, 95	Heredia Verónica	92, 92, 93
Castillo Romina	100	Herrero Verónica	118
Cermesoni Raúl	92, 92, 93	Iglesias Daniel	93
Cervera Ricardo	95	Jorge Claudia	86, 86
Colombo Oscar	113	Jouglard Ezequiel Francisco	106, 107, 109
Colos Bettina	113	Killian Jaquelina Elizabeth	93, 96
Covas María del Carmen	99	Laura Eduardo	85, 91
Cragno Alejandro	106	Lauronce Mariana	118
Criado Francisco	106, 112, 120	Lisandro Ariel Piaggio	115
Cristino Alberto	87, 87, 88	Lobo Mariana	100, 106, 110
Cristobo Juan Pablo	89, 89	López Hernán	89
Damiani Luis Alberto	85, 100	Marchan Pablo	97
David Natalia	85, 91	Martorelli Juan	116
De Feo Fernando	92, 92, 93	Maturi Horacio	105
de la Sota Mercedes	95	Maurizi Diego	108, 112
De Loredo Ricardo	98	Medina María Sol	99
De Salvo Aniela	118	Mele Juan Ignacio	111
Deguer Carlos	103	Mendiondo Vanina Soledad	85, 91
del Valle Marta	100, 110	Mendoza Mónica	94, 97, 119
Domínguez Andrea	93, 96, 111	Mitilli Gabriel	106, 111, 112, 120
Donati Paula	93	Molini Analia	100
Dosso Nicolás	118	Monteros Claudia	95, 101, 102
Egidi Gabriel Alejandro	89, 89	Montovani Adriana	92, 92, 93
Elosegui Lilian	95, 99, 101, 102	Müller Lorena Ursula	94, 97, 101, 103
Enriquez Cesar Alejandro	94, 97, 101, 103	Musali Rosa Ana	85, 91
Esandi Juan Pablo	102	Mussini Leandro	97
Esandi María Eugenia	86, 86, 95, 99, 99, 100, 101	Neheman Amos	116
Espinosa Ana	103	Nestor Horacio Piaggio	115
Estebanez María Jose	92, 92, 93	Noceti Belen	118
Etchandy Marcelo	92	Noh Paul	115
Fainstein Daniel	106, 111, 112, 120	Núñez Marisa	119
Falconi Manuela	118	Ochua Guillermina	98
		Olivetto Susana	93



Ontivero Marcelo	106, 111, 112
Ordoñez Fernando Fabián	87, 87, 88
Ortiz Zulma	86
Pablo Long	115
Pacheco Marcela	116
Palermo Mario	103
Palomo Diego	118
Paris de Baeza Ana María	108, 116
Patochi Cristian	92, 92, 93
Pedersen Dina	109
Pedro Pamela	107, 110
Pennacchiotti Graciela	100
Perez Beti Silvia	106, 111, 112
Piaggio Lisandro Ariel	115, 115, 116, 117
Piaggio Nestor Horacio	116
Picorel Jorge	94, 97, 101, 103
Polak Cecilia	85
Pompei Carla	118
Quintana Daniel Eduardo	108, 111
Quispe Laime Adolfo	108
Recio Sergio	89
Reising Omar	95, 101
Rios Aguilera Ana María	108
Risacher Guillermina	100
Rivadulla María	105
Rivera Cívico José María	95
Rodríguez Gil Gustavo	91, 95
Rodríguez Gil Pablo	95
Romero Adriana Soledad	93, 96
Salazar Mauro	93
Sierra Fernando Javier	95, 108
Silio Julio	120
Spagnolo Silvina	95, 99, 101, 102
Stepanovsky Silvia	100
Svetliza Javier	103
Tentoni Ubaldo	103
Vacchino Marta	91
Van´Otteghem Martín	111
Vecchi Carlos	111, 112
Vecchi Javier	100
Venara Guillermo	91
Ventura Silvia	99
Verniere Marina	113
Vincent Eduardo	103, 104, 104, 105
Vincent Esteban Pablo	103, 104, 104, 105
Vincent Roberto Eduardo	103, 104, 104, 105
Vives Daniel	94, 97, 108, 119, 120
Vuano Elin	100

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA

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

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

## NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN:

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

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

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

Informar por escrito el consentimiento de todos los autores sobre el contenido del manuscrito. Informar los datos del autor responsable de la revisión y aprobación final

del manuscrito (nombre, dirección, teléfono).

Cuando se trate de estudios multicéntricos, los participantes deberán figurar como autores debajo del título o bien al pie de página. Cuando no respondan a ese criterio, serán mencionados en «Agradecimientos». Cuando se describan los métodos efectuados sobre pacientes, deberá precisarse que ello fue posibilitado por el consentimiento informado de aquellos. Las tablas serán numeradas, en caracteres romanos, tituladas y en hoja aparte. Las figuras serán presentadas en blanco y negro (dibujos o fotografías). Serán numeradas en caracteres arábigos, al dorso y con una leyenda explicativa, en hoja aparte. La bibliografía correspondiente a todo tipo de sección será presentada en hoja aparte. Las citas serán numeradas por orden de aparición en el texto e incluirán todos los autores, cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de *et al.* Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo del *Index Medicus*, para lo cual se puede consultar la *list of Journals Indexed*, o a través de internet: <http://www.nlm.nih.gov>.

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

Trabajos aceptables para su publicación:

Artículos originales: deben incluir :

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

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

Comunicaciones breves: corresponden a resultados preliminares, que por su interés merecen difusión temprana. No

podrán exceder ocho páginas. Se prescindirá de las subdivisiones, aunque manteniendo la secuencia habitual, con hasta quince referencias y no más de dos tablas o figuras.

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

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

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

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

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