



## AUTORIDADES DE LA REVISTA

*DIRECTOR*  
DR. FERNANDO J. H. CARIGNANO

*EDITORIA*  
DRA. MARTA ROQUE

*COMITÉ DE REDACCIÓN*  
DR. ERNESTO ALDA  
DR. MARCELO GARCÍA DIÉGUEZ  
DR. HORACIO MATURI  
DR. GUSTAVO TRÓCCOLI

*SECRETARIO DE PRENSA*  
DR. FERNANDO IARLORI

*DISEÑO GRÁFICO*  
CECILIA B. STANZIANI  
FERNANDO SUÁREZ  
MAURO SARMIENTO

ISSN 1515-8659  
PROP. INTELECTUAL 921993  
Indexado en LILACS Nº SECS (Bireme) 16501  
Evaluada por Latindex. Sistema Reg. de  
Información en Línea para Revistas Científicas  
de América Latina, el Caribe, España y  
Portugal. Folio 11842  
Esta publicación es propiedad de la  
ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA  
Pers. Jurídica Nº 243  
Castelli 213 - B8000AIE Bahía Blanca  
Prov. de Buenos Aires, Argentina

## Índice

### Editorial

**Los médicos y el plan nacional de salud**  
*Maturi Horacio* 26

XVIII Jornadas Científicas "Dr. Juan Carlos Plunkett"  
del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna"  
Autoridades e Invitados 27

### Resúmenes de comunicaciones

Bioquímica Clínica	28
Calidad Hospitalaria	31
Cardiología	33
Clínica Médica	37
Diagnóstico por Imágenes	41
Infectología	43
Nefrología	44
Neonatología	46
Neumonología	48
Patología	51
Pediatría	53
Registro de Tumores	56
Salud Pública	58
Unidad de Terapia Intensiva	59

Índice alfabético de Autores 61

# LOS MÉDICOS Y EL PLAN NACIONAL DE SALUD

## PHYSICIANS AND THE NATIONAL HEALTH PROGRAM

El panorama de la atención médica muestra un verdadero enjambre de sistemas estatales, paraestatales, gremiales, mutuales, y privados con o sin fines de lucro. Forzados a competir en un mercado multitudinario, cada uno de ellos busca su sobrevivencia financiera sin reparar que su real eficiencia está limitada, cada vez más, por su propia desunión, y sin reparar incluso, que es la misma población la que paga a todos ellos al mismo tiempo con sus múltiples aportes. Es necesario reconocer el déficit de soluciones de fondo en que se han debatido los responsables de la conducción, la falta de coherencia de nuestro sistema de atención médica en su conjunto; la forma injusta como se grava repetidas veces el presupuesto familiar, la multiplicidad de planes, de regímenes de administración y de formas de trabajo profesional, que frenan la eficiencia y restringen la calidad, la escasa compatibilidad de su organización con los objetivos de la seguridad social bien entendida, están denotando la carencia de una política de atención médica constructiva y el exceso de soluciones coyunturales o paliativos muchas veces inspirados en razones ajenas a las estrictamente sanitarias. Hay quienes sostienen, sin embargo, que existe una política de atención médica en el país y ella consiste, precisamente, en tener varias políticas en razón de las varias situaciones que deben enfrentarse. Es cierto, que tener varias políticas o no tener ninguna, en definitiva es también una política. Pero es muy pobre – y además muy caro – reconocer que solo podemos seguir el curso espontáneo de los acontecimientos, sin tener capacidad para prever los cambios y orientar consecuentemente las instituciones. Lo que estamos necesitando y lo que venimos reclamando es: UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD. Hay consenso de que una reforma de fondo debe partir de bases de organización y financiación que alienten una integración de los sistemas. De lo contrario seguiremos dilapidando dinero, esfuerzo, tiempo e ideas. Cada porción del problema se sigue encarando por separado.

Así para el hospital público se determina una descentralización y manejo propio a la espera fortuita del aporte de las obras sociales que conjuge su déficit; a los institutos de reciente creación se les deja librado el decidir qué sistema aplicarán, para mejor utilizar sus fondos, con independencia de lo que hagan los demás, y surgen los regímenes de capitación y atención no-institucionalizada a través del registro de consultorios particulares. Por otra parte, los sistemas comercializados, atrayendo mano de obra profesional a bajo precio, esperan un sustancial incremento de sus utilidades porque también el régimen actual provee un lugar para ellos. Esto es justamente lo que se debe evitar: **la ya mencionada institucionalización del desorden.**

Lo conceptos vertidos en esta editorial corresponden a fragmentos del boletín de la CONFEDERACIÓN MÉDICA ARGENTINA sobre LOS MÉDICOS Y EL PLAN NACIONAL DE SALUD, escrito hace exactamente 38 años (1973). Dicho documento sigue vigente a la fecha aunque hayan transcurrido casi medio siglo. Es poco lo que ARGENTINA ha cambiado en sus sistemas y subsistemas de salud durante el tiempo transcurrido. Ansiamos profundamente que en algún momento de nuestra historia política nuestros gobernantes y todos los integrantes de la sociedad, comprometidos con el sistema sanitario, puedan reunirse para resolver tantos años de desorden, falta de organización y poca actitud patriótica.

Mi más profundo homenaje para aquellos médicos gremialistas que consustanciados con las realidades sociales de la época supieron, a costa de poder perder sus libertades personales, expresar en un documento las realidades de un sistema sanitario no resuelto y cada vez menos igualitario.

Dr. Horacio Maturi  
Secretario Científico de la AMBB

## XVIII JORNADAS CIENTÍFICAS "Dr. Juan Carlos Plunkett" DEL HOSPITAL INTERZONAL "Dr. JOSÉ PENNA"

Presidente: Dra. Rosa Ana De Fino

Secretario: Dr. Carlos Casalini

Expositores invitados:

Dr. Oscar Duttari

Lic. Marina Vigato

Lic. Laura Ibarra

Lic. Elisabet Calzada

Lic. Ángela Schieda

Dr. Luis María Esandi

Dra. María Cecilia Fessia

Dr. Francisco Maglio

Dr. Gabriel Gigón

Prof. Dr. Jorge Oscar Folino

Coordinador: Dr. Luis Ángel Morán

Secretaria: Enf. Gloria N. Scaringi

Lugar de realización:

Hospital Interzonal General «Dr. José Penna»  
desde el 13 al 17 de setiembre de 2010.

## Bioquímica Clínica

### UTILIDAD CLÍNICA DE COLESTEROL NO-HDL Y SU INCORPORACIÓN AL PERFIL LIPÍDICO BÁSICO.

Benozzi S.

Cátedra Bioquímica Clínica I, Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la causa más importante de morbi-mortalidad del siglo XXI y las lipoproteínas aterogénicas juegan un rol fundamental en el desarrollo de las mismas. Si bien, las lipoproteínas de baja densidad (LDL) son moléculas claves involucradas en las fases tempranas del desarrollo de la aterosclerosis, no se debe dejar de lado el hecho de que las lipoproteínas aterogénicas incluyen también a los remanentes de VLDL que aparecen en circulación como consecuencia de la lipólisis que sufren estas lipoproteínas en el proceso metabólico. Objetivos: valorar la importancia de la incorporación del colesterol no-HDL al perfil lipídico básico. La evaluación de estas lipoproteínas puede hacerse fácilmente a partir del cálculo del colesterol no-HDL. El Col-no-HDL se obtiene de la diferencia entre colesterol total y el colesterol transportado por las lipoproteínas de alta densidad (HDL), lo cual incluye a LDL y a los remanentes de VLDL. Se ha demostrado que esta variable es mejor predictora de enfermedades cardiovasculares que la determinación de col-LDL, por lo que el Col-no-HDL es una herramienta útil para estimar el riesgo cardiovascular y evaluar tratamientos que reduzcan ese riesgo. El National Cholesterol Education Program (NCEP) ha recomendado el cálculo de colesterol no-HDL como una medición alternativa de la concentración de lipoproteínas aterogénicas y se lo incluyó como blanco terapéutico en pacientes con hipertrigliceridemia. En el año 2008 la Conferencia Consenso Lipoprotein Management in Patients with Cardiometabolic Risk de la Asociación Americana de Diabetes y el Colegio Americano de Cardiología y el National Lipid Association Taskforce on Non-HDL Cholesterol reconocieron la importancia de C-no-HDL y recomendaron la inclusión de su cálculo en los informes de todos los perfiles lipídicos. Conclusiones: Con la llegada del siglo XXI el perfil de riesgo del paciente con aterosclerosis requiere un nuevo enfoque. A pesar de que numerosas entidades científicas sugieren la incorporación del col-no-HDL al perfil lipídico, aún no se advierte su inclusión en los protocolos bioquímicos como tampoco su solicitud por parte del profesional médico

### LA ENFERMEDAD RENAL OCULTA: SCREENING DE UNA PATOLOGÍA SILENCIOSA.

Pennacchiotti G

Cátedra Bioquímica Clínica I, Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca.

Hospital Municipal de Agudos «Dr Leónidas Lucero». Bahía Blanca (HMABB). Argentina.

La visión epidemiológica de la enfermedad renal crónica (ERC) ha experimentado un notable cambio en las últimas dos décadas. El paciente con afectación renal es atendido por un amplio espectro de especialidades médicas que tratan enfermos en edad adulta y, sobre todo, de edad avanzada. El enfoque del manejo del paciente con ERC también está cambiando desde una perspectiva meramente nefrológica a una visión integradora que entiende que las complicaciones cardiovasculares son la primera causa de morbimortalidad en estos pacientes y que la presencia de datos de enfermedad renal constituye, desde sus estadios más precoces, un factor de riesgo cardiovascular añadido. La definición de ERC no sólo tiene importancia en cuanto a la detección precoz de la ERC, sino que su diagnóstico se asocia con el mencionado riesgo de enfermedad cardiovascular. La política establecida por el National Kidney Education Program, para mejorar la detección temprana del paciente con ERC es la de estimar el IFG (IFGe) en base a la ecuación MDRD, desestimando rotundamente el uso aislado de creatinina sérica en los estadios precoces de la enfermedad. El gran número de pacientes con ERC y de individuos con riesgo creciente de padecerla, requiere que los médicos de atención primaria se familiaricen con el conocimiento y uso del IFGe para tomar los recaudos preventivos. A pesar del consenso logrado durante el año 2009, entre la Sociedad Argentina de Nefrología (SAN), la Fundación Bioquímica Argentina (FBA) y la Asociación Bioquímica Argentina (ABA), para la incorporación del IFGe a los informes del laboratorio, no se observa este cambio en nuestra ciudad. Objetivo: pensar y abordar la problemática de la detección precoz de la ERC. Promover este espacio para debatir, en nuestra ciudad, sobre las medidas de consenso logradas por la SAN-FBA-ABA al respecto, para mejorar el screening de esta patología que durante años se mantiene silenciosa y desapercibida.

### INDICE DE MASA CORPORAL y ANORMALIDADES CARDIOMETABOLICAS EN UNA POBLACIÓN BAHIENSE.

Benozzi S\*, Alvarez C\*, Perruzza F#, Pennacchiotti G\*#.

\* Cátedra Bioquímica Clínica I, Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. #Hospital Municipal de Agudos «Dr Leónidas Lucero». Bahía Blanca (HMABB). Argentina.

Introducción: la presencia de individuos obesos sin presentación de anomalías cardiometabólicas y sujetos con normopeso que presentan factores de riesgo cardiometabólico es un tema que no está totalmente esclarecido y es objeto de investigación. Objetivos: estudiar la prevalencia de individuos obesos que no presentan anomalías cardiometabólicas y sujetos con normopeso que presentan factores de riesgo cardiometabólico en una población bahiense. Aspectos metodológicos: se incluyeron 427 sujetos adultos (18 y 67 años) de ambos sexos que concurren al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Municipal de Bahía Blanca. Criterios adoptados: índice de masa corporal (IMC) [peso(Kg)/altura<sup>2</sup>(m<sup>2</sup>)], normopeso <25,0 sobrepeso 25,0-29,9, obesidad e» 30,0; grupos cardiometabólicos: metabólicamente sanos (MS): <2 y metabólicamente anormales (MA) e» 2 anomalías cardiometabólicas, anomalías cardiometabólicas: presión arterial e» 130/85 mmHg o uso de medicación antihipertensiva, trigliceridemia e» 150 mg/dL, glucemia e» 100 mg/dL o medicación hipoglucemiante, C-HDL < 40 mg/dL en hombres y < 50 mg/dL en mujeres o uso de medicación hipolipemiante, proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCRhs) e» 1 mg/L. El análisis de datos se realizó en un programa SPSS 14.0. Resultados: 14,2% de los individuos con normopeso fueron MA, en tanto que 63,8% de los sujetos con sobrepeso y 39,2% de los obesos resultó MS. De los individuos normopeso y MA, 57,1% eran fumadores, 33,0% hombres y la edad promedio fue 33 años. De los obesos y MS, 31,4% fueron fumadores, 62,7% hombres y la edad promedio 36 años. Conclusiones: existe una considerable proporción de la población con normopeso que presenta alteraciones cardiometabólicas y de obesos resistentes a dichas anomalías. Discusión: la prevalencia de estos fenotipos se ha investigado en un número limitado de estudios y si bien existen algunas diferencias en las definiciones utilizadas para identificar a los mismos, es evidente que serán necesarios estudios de los mecanismos hormonales, bioquímicos y genéticos para comprender las diferentes respuestas metabólicas que permitan identificar a los individuos que requieren intervención.

### CIRCUNFERENCIA DE CINTURA ES MEJOR DISCRIMINANTE DE RIESGO CARDIOMETABOLICO QUE EL INDICE DE MASA CORPORAL EN UNA POBLACIÓN DE HOMBRES ADULTOS BAHIENSES.

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

\* Cátedra Bioquímica Clínica I, Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. \*\*Hospital Municipal de Agudos «Dr Leónidas Lucero». Bahía Blanca (HMABB). Argentina.

Introducción: existen datos contradictorios con respecto a la medida antropométrica con mayor asociación con el riesgo cardiometabólico: adiposidad central [determinada por la circunferencia de cintura (CC)] o la adiposidad total [determinada por el índice de masa corporal (IMC)]. Objetivo: evaluar en una población masculina bahiense el poder discriminante de IMC y CC para los principales factores de riesgo cardiometabólico. Aspectos metodológicos: estudio transversal que incluyó 242 hombres con edades comprendidas entre 20 y 67 años que concurren al Servicio de Medicina Preventiva del HMABB. De cada paciente se registraron los siguientes datos: peso, altura, CC, IMC [peso(Kg)/altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)], tensión arterial y se determinaron: glucosa, colesterol (CT), colesterol HDL (C-HDL), triglicéridos (TG), proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCRhs), se calculó colesterol LDL, colesterol no-HDL y los índices de riesgo aterogénico CT/C-HDL, C-LDL/C-HDL y TG/C-HDL. En un programa SPSS 14.0 se efectuaron las curvas ROC (características operativas del receptor). Resultados: el área bajo las curvas ROC fue para CC vs. IMC en presión sistólica e» 140 mmHg 77% vs 71%, presión diastólica e» 90 mmHg 85% vs 82%, glucosa e» 100 mg/dL 68% vs 62%, CT e» 200 mg/dL 65% vs 63%, TG e» 150 mg/dL 70% vs 70%, colesterol LDL e» 130 mg/dL 66% vs 64%, colesterol no-HDL e» 160 mg/dL 67% vs 65%, CT/C-HDL e» 4,5 70% vs 64%, TG /C-HDL e» 3,0 70% vs 68%, C-LDL/C-HDL >3,0 75% vs 68% y PCRhs e» 3 mg/L 71% vs 70%, en todos los casos p < 0,05. Conclusión: las curvas ROC indican que la CC tuvo mejor desempeño en la identificación del riesgo de dislipemia, hipertensión, glucemia en ayunas e» 100 mg/dL y PCRhs e» 3 mg/L. Discusión: CC es una herramienta fácil y útil de emplear en la práctica clínica para evaluar el riesgo cardiometabólico e implementar medidas terapéuticas o preventivas destinadas a disminuir este riesgo.

## LA OBESIDAD ABDOMINAL ES EL PRINCIPAL DETERMINANTE DE PROTEÍNA C REACTIVA ELEVADA EN SUJETOS BAHIENSES NO TABAQUISTAS CON SÍNDROME METABÓLICO.

Benozzi S\*, Alvarez C\*, Perruzza F#, Pennacchiotti G\*\*.

\* Cátedra Bioquímica Clínica I, Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. #Hospital Municipal de Agudos «Dr Leónidas Lucero». Bahía Blanca (HMABB). Argentina.

Introducción: la proteína C reactiva (PCR) es un marcador plasmático de inflamación cuya participación en la enfermedad cardiovascular se ha demostrado en múltiples estudios, no obstante en algunos se cuestiona la relación entre PCR y síndrome metabólico (SM). Objetivos: analizar la relación entre SM y sus componentes con proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCRhs). Aspectos metodológicos: estudio transversal, incluyó 263 sujetos adultos de ambos sexos con edades entre 18 y 67 años que concurren al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Municipal de Bahía Blanca. Criterios de exclusión: fumadores, PCR >10 mg/L, procesos inflamatorios e infecciosos en curso, administración de antiinflamatorios, embarazo y ejercicio intenso los días previos al estudio. Se evaluaron: filiación, tensión arterial, circunferencia de cintura y se determinó: PCRhs (inmunoturbidimetría), glucosa y triglicéridos (método enzimático colorimétrico), colesterol HDL (método directo). SM se definió según el criterio de la American Heart Association. Con un programa estadístico SPSS 14.0 se realizaron el test de Mann Withney y el análisis de regresión logística multivariable. Resultados: las medianas de la concentración PCRhs en sujetos con SM respecto de aquellos sin SM fueron 3,08 y 1,08 p=0,000 respectivamente. El análisis de regresión logística determinó que los predictores de PCRhs e» 3 mg/L fueron obesidad abdominal y C-HDL bajo según el sexo (OR=4,57 p=0,000 y OR=2,15 p=0,032 respectivamente) luego de ajustar por edad, sexo y el resto de los componentes incluidos en la definición de SM.

Conclusiones: en esta población los pacientes con SM presentaron niveles superiores de PCRhs, evidenciando así la presencia de inflamación sistémica en estos pacientes. Se observó, además, que los principales determinantes de esta condición son la obesidad abdominal y la baja concentración de C-HDL. Discusión: la asociación entre SM y PCR evidencia una fuerte relación entre tejido adiposo, enfermedad cardiovascular e inflamación.

## COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE CA15-3 EN TRES ENCUESTAS DEL PEEC.

Mariani VA, Sola MO.

Programa de Evaluación Externa de Calidad de la Fundación Bioquímica Argentina. Calle 60 N° 537. La Plata.

Introducción: El dosaje de CA15-3 constituye una herramienta útil sobre todo para el seguimiento, evolución y control del tumor, así como para el diagnóstico precoz de sus recidivas. Por lo general los niveles de este marcador bajan después de que el tratamiento surte efecto. Objetivo: evaluar los resultados recibidos en el programa para el analito CA 15-3. Aspectos metodológicos: Se enviaron concentraciones diferentes en tres lotes para dosar Ca 15-3 (UI/mL). Se compararon los resultados de nueve grupos de equipos comerciales: AXSYM® (AXM), ELFA® (ELFA), IMMULTE-1000® (IMM-1000), IMMULTE-2000® (IMM-2000), ELEXCYS-1010® (EL1), ELEXCYS 2010® (EL2), ACS 180® (ACS), ROCHE MODULAR® (RME) y BAYER CENTAURO® (BC). Unidades de análisis: se calcularon para cada lote, el promedio de consenso ( $m_c$ ), y su Desviación Estándar consenso ( $DE_c$ ), de todos los participantes (n): Lote 1, n1 = 76,  $m_{c1} \pm DE_{c1} = 83.62 \pm 27.59$ ; lote 2, n2 = 85,  $m_{c2} \pm DE_{c2} = 28.08 \pm 7.83$ ; lote 3, n3 = 80,  $m_{c3} \pm DE_{c3} = 10.41 \pm 3.33$ . Se analizaron los resultados teniendo en cuenta el Desvío Relativo Porcentual (DRPt): grado de alejamiento del valor informado por el laboratorio respecto a la m de consenso (valor aceptado por el programa  $\pm 34,1$ ). Resultados: IMM1 e IMM2 obtienen valores más altos y ACS los valores más bajos de concentración en todos los lotes. Los resultados para igual muestra varían en lote 1 entre 56 y 116,9; lote 2 entre 21,3 y 37,7; y para el lote 3 entre 7,9 y 21,1 UI/mL. El porcentaje de laboratorios que se acumulan con DRPt aceptables para los tres lotes es de 55.75 %. Conclusiones: Un alto porcentaje de laboratorios no obtienen un desarrollo aceptable de medición. A altas concentraciones es donde se registran las mayores variaciones de resultados. IMM1 es el método con mayor desviación a la media en las tres encuestas. No se deben comparar resultados procesados por diferente metodología. De ser posible, lo mejor es que los resultados sean procesados y comparados en un mismo laboratorio, y que todos tengan siempre la misma unidad de medición. Los niveles de los marcadores tumorales pueden cambiar mucho con el transcurso del tiempo. Estos cambios son importantes y la razón de por qué una serie de resultados de estos niveles es más significativo que un resultado por sí solo.



## Calidad Hospitalaria

### **ENCUESTA DE CLIMA LABORAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL «Dr. JOSÉ PENNA» de BAHÍA BLANCA.**

Sanchez Bejarano ME, Giménez F, Rodríguez G. Asociación de Profesionales Universitarios. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Servicio de Emergencias. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Argentina.

Introducción: En los últimos años las luchas gremiales han sido absorbidas por la sostenida precarización laboral, con recursos humanos insuficientes y condiciones laborales inadecuadas. El lograr un ámbito de trabajo adecuado para el desenvolvimiento de las tareas cotidianas redundará en un beneficio tanto para el agente de Salud como para el paciente. Objetivo: Cuantificar el clima laboral en el Servicio de Emergencias del Hospital Interzonal General «Dr. José Penna» de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires. Material y Métodos: Se realizó una encuesta cuantitativa, anónima, voluntaria y cerrada destinada al personal del Servicio de Emergencias del Hospital Interzonal General «Dr. José Penna» de Bahía Blanca, durante el mes de agosto de 2010. Le encuesta fue tomada del «Programa de mejora de la Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires», perteneciente a la Subsecretaría de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud. Se evalúa el ámbito de trabajo, la situación en la institución, la interacción con el Jefe inmediato y Directivos, las oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos y las relaciones con los compañeros. Resultados: sobre 24 encuestados, el 33,3% tiene claros los objetivos y responsabilidades del puesto de trabajo; el 45,8% considera organizado el trabajo en su servicio, de vez en cuando; el 41,6% siente que no desarrolla sus habilidades, o lo hace esporádicamente. El 41,6% nunca recibe información oportuna y adecuada sobre su desempeño; el 87,5% considera que los trabajadores nunca son tratados igualitariamente, independientemente del cargo que ocupan; el 41,6% se siente satisfecho de vez en cuando; el 83,3% considera que nunca (o casi nunca) la institución se preocupa por atender sus necesidades. Tampoco encuentran espacios participativos propiciados por el jefe (66,6%) o los directores (83,3%). El 91,6% que su sueldo es inadecuado. Discusión: La motivación del personal en su ámbito laboral es necesaria y vital, porque es sobre ella que se asienta un buen desenvolvimiento profesional. La búsqueda de cuantificar el clima laboral nos sitúa en mejores condiciones para el abordaje de soluciones de corto y mediano plazo. Conclusiones: consideramos necesario que la institución debe trabajar sobre estas señales de insatisfacción que dan los trabajadores del hospital. Palabras clave: Burn Out, Mobbing, Salud Pública. Key words: Burn Out, Mobbing, Public Health.

### **IMPLEMENTACION DE UNA NORMATIVA EN EL H.I.G. DR. JOSE PENNA PARA LA REALIZACION DE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS.**

Stefanazzi VA, Giussani JP, Zuain M, Murgoitia I. Programa Garantía de Calidad.- Sede de Región Sanitaria I. Bahía Blanca. Comité de Auditoria de Historias Clínicas. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El Comité de Auditoria de Historias Clínicas del HIGA Dr. José Penna ha realizado desde su conformación auditorias de historias clínicas, observando deficiencias en su confección. Este aporte como Sistematización de Experiencias, califica y cuantifica las No Conformidades observadas. Objetivos: obtener un diagnóstico de situación de la calidad de las historias clínicas, identificar y cuantificar las no conformidades detectadas en la confección de las historias clínicas y mejorar la calidad de la documentación en cuanto a historias clínicas se refiere. Aspectos metodológicos: El Comité redacta el Procedimiento para la Realización de Auditoria de Historias Clínicas, detallando en el mismo los ítems a auditar. Se elabora una lista de chequeo para la realización en terreno de las auditorias de historias clínicas propiamente dicha, auditándose la totalidad de las historias clínicas que llegan a la oficina de Admisión/Internación del hospital, desde los servicios seleccionados a ser auditados para el semestre por el Comité de Auditoria de Historias clínicas y el Comité de Gestión de la Calidad del Hospital. Resultados: Se obtienen datos cuantitativos de las no conformidades observadas, hallándose desvíos importantes para algunos ítems, de acuerdo a la norma establecida para tal fin. Conclusiones: Se traza un Plan de Acciones Correctivas tendientes a reducir las no conformidades detectadas, para volver a cuantificar, en un segundo periodo de auditoria al servicio, el grado de cumplimiento de los ítems a auditar. Discusión: se han realizado auditorías de historias clínicas durante el segundo semestre del año 2009, auditándose 3 servicios en este primer periodo, y 4 servicios en el primer semestre del año 2010, tomando este último semestre como segundo periodo de auditoria. Luego del primer periodo se realizan modificaciones a la normativa aplicada, según experiencias aportadas por el primer periodo de trabajo.

### **SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS: «HOSPITAL DE DÍA COMO ESPACIO DE REHABILITACIÓN Y DE REINSECCIÓN COMUNITARIA».**

Alvarez A, Arzuaga M, Devaux ME, De Arriba J P, Di Cianni ML, Hidalgo F, Moyano JL, Pieroni MJ, Rodríguez N, Romero S, Rossini G, Vallejos R.

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

Introducción: El sufrimiento mental severo, es una problemática compleja que amerita, por ende, complejizar sus abordajes, sosteniendo el derecho del sujeto a realizar el tratamiento en su comunidad (OMS-OPS). El Hospital de Día es un dispositivo asistencial que permite acompañar al paciente en el proceso de reinserción social y rehabilitación luego de atravesado un período de internación. Dichas personas son pacientes del Servicio de Salud Mental, todas ellas viven en la ciudad de Bahía Blanca y concurren al Hospital de Día, allí asisten a distintos talleres, los cuales cumplen una función terapéutica en el proceso de rehabilitación, los asiste un equipo interdisciplinario en articulación con las diferentes áreas del Servicio de Salud Mental. Objetivo: Sistematizar y comunicar la experiencia de rehabilitación y reinserción social de personas que padecen sufrimiento mental profundo, que se lleva adelante en la unidad del Hospital de Día del Servicio de Salud Mental del HIGA «DR. J. PENNA». Aspectos Metodológicos: el proceso de sistematización es decir de «organización del saber teniendo como materia prima la realidad misma» se llevará a cabo a partir del análisis de dos ejes de la práctica, por un lado los abordajes del equipo en la restitución de vínculos sociales y por otro en el desarrollo de los distintos talleres, intentando establecer una relación dialéctica con las referencias teóricas desde donde se sostiene. Resultados: En este trabajo se pretende «mostrar» el proceso de abordaje de un Equipo de Salud Mental a través del cual la compleja situación del padecimiento mental puede ser trabajada en el seno de la comunidad. Donde un dispositivo acompaña a sostener la internación intentando «superar» el viejo modelo de confinamiento de la internación manicomial, logrando a la fecha, la reinserción social de un importante número de personas. Conclusiones: El trabajo con pacientes de Salud Mental supone el abordaje, entre otras cosas, del estigma social que este padecimiento produce, como parte del tratamiento terapéutico. Este trabajo se realiza desde los diferentes espacios, buscando la re-creación del lazo social perdido en las diferentes dimensiones de la vida social por distintas circunstancias del padecimiento mental.

### **CERTIFICACIÓN DE ENFERMERÍA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA: FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN, OPTATIVA U OBLIGATORIA?**

Mercado SL, Benítez MD, Henales MC, Liernur G, Mansilla E, Pintos J, Sánchez C.

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

Introducción: El objetivo de la resucitación en un paciente con paro respiratorio o cardiaco es proporcionar soporte y devolverle una oxigenación, ventilación y circulación eficaces, sin secuelas. Se considera que todo miembro del equipo de salud debe estar capacitado para participar en la resucitación de un paciente. Es por ello que todas las currículas de formación profesional de enfermeros incorporan la capacitación en RCP. Si bien está establecido que el «perfil de todo enfermero», en especial de Cuidados Críticos y de Emergencias, debe incluir esta certificación, las instituciones no la solicitan y tampoco facilitan el acceso del personal a esta instancia. Justamente por estos motivos los enfermeros lo consideran una capacitación optativa. Objetivos: Cuantificar la cantidad de agentes de enfermería que poseen capacitación certificada y actualizada en RCP. Corroborar si esta certificación se considera necesaria u optativa para el desempeño de la actividad. Detectar interés en certificarse. Aspectos metodológicos: Se realizó un estudio cuantitativo y transversal, tomando el total de la población – exceptuando dos servicios. Se distribuyeron encuestas de carácter anónimo y voluntario, con preguntas de opción múltiple, en los diferentes turnos de enfermería de tal modo que todos los agentes tuvieron la posibilidad de responder o no. Los encuestadores fueron los propios investigadores y personal entrenado para tal fin, con autorización previa de los supervisores del área y coordinadores de unidad. Luego se tabularon y analizaron los datos obtenidos. Resultados: El total de la población estudiada suma 239. 105 respondieron a la encuesta, lo que da una participación de 43,93%. De éstos, el 47,7% poseen certificación, el 43,8% no la posee y el 8,5% no respondió. Por otra parte el 88,6% manifiesta la voluntad de certificarse en RCP, el 8,5% manifiesta que no y el 2,9% no respondieron. Conclusiones: Estas cifras parecen confirmar las conjeturas que dieron origen a este relevamiento estadístico en el sentido de que hay un alto porcentaje de agentes que no poseen certificación en RCP y a la vez hay un explícito interés en certificarse por parte de la mayor parte de la población de enfermería, lo que evidencia la importancia atribuida a la obtención de certificados.



## Cardiología

### CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE BAHÍA BLANCA

Onetto L, Cura G, Scarano C, Fernández Keller P, Rocca F, Ramallo G.

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

**Introducción:** El 31 de Mayo de 2006, se realizó la primera cirugía cardiovascular (CCV) en el Hospital «Dr. José Penna», continuándose dichas intervenciones hasta la actualidad. **Objetivo:** Analizar características demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRC), procedimiento realizado y evolución intrahospitalaria de pacientes sometidos a CCV. **Aspectos metodológicos:** Utilizando una base de datos informatizada y mediante el programa Epi Info, se analizaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes ingresados por CCV en Unidad Coronaria y Recuperación Cardiovascular entre el 31 mayo de 2006 y el 6 de julio de 2010. **Resultados:** Se operaron 122 pacientes, de los cuales se incluyeron 119 pacientes, 97 varones (81,5%) y 22 mujeres (18,5%), 45% de Bahía Blanca, 55% de la Región Sanitaria I. La edad promedio fue 53,9 +/- 11,4 años (mujeres 45,9 +/- 19 años, varones 55,8 +/- 7,9 años). Del total de cirugías, 78 correspondieron a revascularización miocárdica (CRM), 26 reemplazos valvulares (RV), 5 combinadas (CRM + RV), 8 Cardiopatías Congénitas y 2 a otras. La media de días de internación fue de 11. 114 cirugías se realizaron con circulación extracorpórea (95,8%), con un promedio de 111 +/- 34 minutos de duración de la misma, y 74 +/- 25 minutos de clampeo aórtico. La distribución de los FRC fue: Diabetes 26,9%, Dislipemia 50,4%, Hipertensión Arterial 72,3%, Tabaquismo 24,6%. 5 pacientes (4,2%) presentaban Fibrilación Auricular y 39 infarto previo (32,8%). La fracción de eyección promedio fue 56,5 +/- 11,9%; <30% en 1 (0,9%), entre 30 y 50 % en 26 (22,4%) y >50% en 89 (76,7%). La frecuencia de complicaciones intrahospitalarias fue: IAM perioperatorio 4 (3,4%), Mediastinitis 9 (7,6%), bajo gasto cardíaco 22 (18,5%), sepsis 11 (9,2%), sangrado quirúrgico 2 (1,7%), y otras 21 (17,6%). Requirieron Balón de Contrapulsación Intraaórtica 9 (7,6%), inotrópicos más de 24 horas 30 (25,2%) y traqueostomía 9 (7,6%). Estas complicaciones se presentaron en 36 pacientes (30,2%). La mortalidad intrahospitalaria global fue 12,6%. **Conclusión:** Se realizó un análisis descriptivo de las diferentes variables estudiadas, pudiéndose realizar un registro de la realidad de CCV en el Hospital Penna. **Discusión:** Evaluando los resultados obtenidos para las 119 cirugías, la mortalidad y complicaciones registradas son similares a 3 registros nacionales.

### MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD.

Scarano C, Cura G, Onetto L, Rocca F, Barrio JP, Budassi N, Ramallo G.

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

**Introducción:** La miocardiopatía dilatada representa un grupo heterogéneo de enfermedades que conducen a un daño miocárdico difuso, cardiomegalia y disfunción sistólica. La prevalencia se estima en 36 de 100.000 individuos. La causa más frecuente es la idiopática (50% de las miocardiopatías). El trasplante cardíaco es el tratamiento final de elección. **Objetivos:** Reportar un caso de miocardiopatía dilatada en una paciente joven que requirió trasplante cardíaco durante la internación. **Aspectos metodológicos:** Caso clínico: Paciente de 24 años de edad, tabaquista, con antecedentes de dos abortos espontáneos y dos partos pretérmino, que se interna por cuadro de insuficiencia cardíaca global de 45 días de evolución. Refiere en los últimos 3 meses diarrea esteatorreica. En el electrocardiograma se observa signos de sobrecarga de cavidades derechas y extrasístoles ventriculares frecuentes. Se realiza ecocardiograma evidenciándose cavidades izquierdas dilatadas con deterioro severo de la función sistólica y función diastólica restrictiva, ventrículo derecho hipertrofico y presión pulmonar 70 mmHg. Se solicita dímero D (mayor 10.000) y angiorresonancia pulmonar que informa menor irrigación en el segmento posteroinferior derecho. Se descartan enfermedades infectocontagiosas, amiloidosis sistémica, colagenopatías, trombofilia y alteraciones tiroideas. Se diagnostica enfermedad celíaca y tromboembolismo pulmonar, iniciándose tratamiento anticoagulante con leve mejoría de la hipertensión pulmonar. Se realiza holter de 24 horas evidenciándose arritmia ventricular compleja y episodio de taquicardia ventricular sostenida por lo que se deriva a centro de mayor complejidad. **Resultados:** En dicho centro se realiza trasplante cardíaco de urgencia, presentando posteriormente shock cardiogénico por rechazo inmunológico, que evoluciona favorablemente con el tratamiento instaurado. **Conclusiones:** La anatomía patológica del corazón del receptor no arrojó resultados concluyentes con respecto a la etiología. Actualmente continúa en seguimiento en centro de Buenos Aires, con una buena capacidad funcional y sin poderse determinar la causa de la miocardiopatía dilatada. **Discusión:** De acuerdo a la búsqueda bibliográfica realizada se concluye que la miocardiopatía dilatada es una patología poco frecuente en adultos jóvenes, y que en los casos avanzados el trasplante cardíaco constituye la única terapéutica, siendo muchas veces dificultoso acceder al mismo.

## REGISTRO DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS EN UNIDAD CORONARIA DEL HOSPITAL PENNA DE BAHÍA BLANCA

Cura G, Scarano C, Onetto L, Moya C, Rocca F, Barrio JP, Budassi N, Ramallo G.  
Servicio de Cardiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna», Bahía Blanca. Argentina

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte (32%) en Argentina, siendo la enfermedad coronaria la que explica la mayor parte de ellas. Se estima una incidencia anual de 40.000 infartos internados por año en nuestro país y una cifra cercana al doble de cuadros de síndrome coronario agudo sin infarto. Objetivos: Describir la prevalencia de Síndromes Coronarios Agudos, características de la población en estudio y evolución intrahospitalaria en la única Unidad Coronaria Pública de la región Sanitaria I de la Provincia de Buenos Aires. Aspectos metodológicos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes internados por Síndrome Coronario Agudo en la Unidad Coronaria del Hospital Penna de Bahía Blanca. Se utilizó una base de datos informatizada y el sistema Epi Info para la recolección y análisis de datos. Resultados: Entre Mayo del 2008 y Mayo del 2010 se internaron 385 pacientes en Unidad Coronaria, siendo 158 por Síndrome Coronario Agudo. De estos el 82,3% eran hombres y el 17,7% eran mujeres. La edad promedio fue de 58,3 años, con un rango entre 37 y 89. El 40% procedía de la ciudad de Bahía Blanca y el resto de otras localidades. Los factores de riesgo cardiovascular registrados fueron: Hipertensión arterial (63,3%), ex tabaquismo (44,3%), Dislipemia (36,7%), Tabaquismo (22,2%) y Diabetes (21,5%). El 23,4% de los pacientes había sufrido un infarto previo. En el 62,03% (98 pacientes) el diagnóstico de ingreso fue síndrome coronario agudo sin elevación del ST y de estos el 70,1% presentó elevación del valor de Troponina. El 37,97% (60 pacientes) presentaron elevación del segmento ST al ingreso. De ellos el 41,67% recibió trombolíticos, al 20% se le realizó angioplastia primaria y el 38,33% no recibió tratamiento de reperfusión por distintos motivos. La mortalidad intrahospitalaria registrada fue del 2,5%. Conclusiones: Del total de pacientes internados en 2 años el 41,04% correspondieron a síndromes coronarios agudos, siendo mayor la presentación en hombres, pudiendo determinarse los factores de riesgo más prevalentes y la mortalidad intrahospitalaria. Discusión: Son pocos los registros publicados sobre síndromes coronarios agudos en Argentina. Siendo un estudio meramente descriptivo podemos observar que los datos obtenidos son similares a los publicados, con una mortalidad intrahospitalaria baja.

## TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN Y DESFIBRILACIÓN CARDÍACA EN UN HOSPITAL PÚBLICO- PRESENTACIÓN DE UN CASO-

Onetto L, Scarano C, Cura G, Rocca F, Moya C, Barrio JP, Budassi N, Ramallo G.  
Servicio de Cardiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna», Bahía Blanca. Argentina

Introducción: La Terapia de Resincronización Cardíaca (TRC) es una herramienta útil, de alto costo y de eficacia comprobada en la última línea de tratamiento pre trasplante de la insuficiencia cardíaca (IC) avanzada. Objetivo: Reportar un caso de IC avanzada en seguimiento por consultorio externo (CE) de Cardiología, en el cual se implementó la TRC como parte del tratamiento integral de la misma. Caso clínico: Paciente de 55 años de edad que concurre a CE de Cardiología en el año 2005 por episodios de dolor torácico atípico e inusual para angor de 2 meses de evolución, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de Fibrilación Auricular (FA) permanente, internación previa por IC descompensada y por Accidente Isquémico Transitorio, encontrándose en Clase Funcional (CF) I y sin signos de IC. Se realizan estudios complementarios: Ergometría sin síntomas de isquemia, inespecífica por FA y Bloqueo Completo de rama Izquierda (BCRI); Ecocardiograma: miocardiopatía dilatada, con deterioro moderado de la función sistólica y función diastólica restrictiva. Para determinar la etiología se realiza estudio de perfusión miocárdica (SPECT), evidenciándose isquemia en cara inferior, con necrosis en cara anterior. Se solicita Cinecoronariografía donde solo se observa oclusión de arteria Descendente Anterior en tercio medio. El cuadro es interpretado como miocardiopatía isquémico- necrótica en fase dilatada no revascularizable, presumiéndose el resultado del SPECT como falso positivo dado el sobrepeso del paciente. Evoluciona con progresión paulatina de la IC hasta CF III a pesar del tratamiento médico óptimo. En el 2008 consulta por cuadros presincoales, objetivándose en el ECG Taquicardia Ventricular no Sostenida. Un nuevo Ecocardiograma demuestra deterioro severo de la función sistólica. Se decide implante de Resincronizador más Desfibrilador (TRC+D). Resultados: Luego de implante de TRC+D se consigue notoria mejoría de sincronización ventricular y CF del paciente. Actualmente en CF II, en seguimiento por CE de nuestro servicio. Conclusiones: Este representa un caso de IC avanzada por miocardiopatía isquémico-necrótica no revascularizable, en el cual se implementó con éxito la TRC como último recurso en el tratamiento integral de la misma.

### **CARDITIS COMO ÚNICO CRITERIO MAYOR DE FIEBRE REUMÁTICA.**

Comezaña C, Mehaudy R, Zich S.  
Servicio de Cardiología, Cardiología Infantil. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La fiebre reumática aguda (FRA) se caracteriza por un proceso inflamatorio que puede afectar al corazón, articulaciones, vasos sanguíneos y tejido subcutáneo. La mayor implicancia clínica deriva de la lesión a largo plazo por la enfermedad cardíaca reumática (ECR) y por la afectación de las válvulas cardíacas. Un 60% de los individuos que presentan FRA desarrollarán ECR. Objetivos: Considerar que la carditis constituye en ocasiones la única manifestación de FRA. El diagnóstico temprano permite la posibilidad de curar con el menor grado de secuelas posibles. Aspectos metodológicos: Presentación de un caso clínico. Resultados: Mujer de 9 años con fiebre de 7 días de evolución sin signos de foco, antecedentes de faringitis y artralgias, velocidad sedimentación globular (VSG) aumentada. ASTO elevado, Streptozyme elevado. Soplo sistólico compatible con insuficiencia mitral (IM). Ecocardiograma que evidencia compromiso de válvula mitral (VM) y válvula aórtica (VAo), con regurgitación moderada y leve respectivamente. Diagnóstico de FRA mediante los criterios de Jones y de la OMS. Tratada con penicilina benzatinica y ácido acetilsalicílico (AAS). Buena evolución clínica. Actualmente con regurgitación leve en VM y VAo. Conclusiones: En el paciente con FRA la afectación cardíaca marcara el pronóstico a largo plazo. Es conveniente que el diagnóstico se establezca con base en los criterios mayores, ya que los menores son inespecíficos. Discusión: Alrededor del 30% de los pacientes terminan con daño valvular permanente. El tratamiento profiláctico con penicilina es fundamental

### **CUERPOS DESCARNADOS**

Budassi N, González V, Garrotte K.  
Servicio de Cardiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna», Bahía Blanca. Argentina

Introducción:- Las enfermedades cardiovasculares constituyen un ejemplo paradigmático en el cual puede reconocerse la confluencia compleja, múltiple e interactiva y en ocasiones impredecible, de numerosas causas y factores que intervienen en su génesis. Se trata de la patología con mayor mortalidad en el mundo industrializado, relacionada con hábitos culturales históricos (sobrepeso, sedentarismo, alimentación, tabaquismo, estrés), con la genética, la biología molecular y con la bioquímica sanguínea. Por tanto... la complejidad se instala definitivamente. El reconocimiento de lo inacabado e incompleto de los saberes hace necesario la

creación de este dispositivo interdisciplinario... el equipo de cardiología. Objetivos:- Este trabajo es un intento de reconstrucción desde la medicina, la filosofía y el psicoanálisis... distintas miradas, personificadas en diferentes discursos, sobre un mismo ¿objeto?... El cuerpo. Se intentará mostrar los obstáculos en el trabajo interdisciplinario y un abordaje posible de los mismos desde el psicoanálisis y de la filosofía, como telón de fondo. Para poner en la escena... Al Sujeto. Desde un análisis filosófico, retomando el pensamiento foucaultiano, haremos una historia de las miradas ya que en esta historia se ponen en juego el espacio donde se recorta el cuerpo, el discurso que acerca de él se esgrime y el final, irremediable, sobre el cual se cierra.

### **PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE AMILOIDOSIS CARDÍACA**

Cura G, Scarano C, Onetto L, Rocca F, Moya CR, Barrio JP, Budassi N, Ramallo G.  
Servicio de Cardiología, Hospital Interzonal «Dr. José Penna», Bahía Blanca. Argentina

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad infiltrativa sistémica, que puede comprometer al corazón produciendo una miocardiopatía restrictiva, siendo esta una manifestación severa, poco frecuente y subdiagnosticada. Existen diferentes tipos de amiloidosis, cada uno con distinto grado de compromiso cardíaco (Primaria 50%, Senil 25%, Secundaria 10% y Familiar 5%) y con afección de distintos grupos etarios. Además cada tipo requiere de diferentes métodos diagnósticos y de un tratamiento específico. Objetivos: Reportar un caso de amiloidosis cardíaca en una paciente joven diagnosticada, tratada y en seguimiento en un hospital público y remarcar la importancia de la sospecha clínica. Aspectos metodológicos: Caso clínico: Paciente de 20 años de edad que comienza en el puerperio inmediato con edema de miembros inferiores, distensión abdominal y disnea clase funcional II. A los 2 meses se agrega dolor tipo puntada de costado derecho, tos con expectoración mucosa y en ocasiones hemoptoica, equivalentes febriles y disnea paroxística nocturna. Se interna en Clínica Médica, constatándose signos de insuficiencia cardíaca global, con signos de sobrecarga de cavidades derechas en el ECG. Por Ecocardiograma se observa engrosamiento del septum interventricular con un patrón granular e hipertensión pulmonar severa. Ante la presunción de amiloidosis se realiza biopsia de grasa periumbilical, dando resultado positivo, y se confirma el diagnóstico de tromboembolismo de pulmón por medio de TAC Helicoidal y dosaje de Dímero D. Resultados: Se comienza tratamiento anticoagulante, con lo cual presenta mejoría clínica y se realizan estudios complementarios para especificar el tipo de amiloidosis. Es

dada de alta, encontrándose actualmente en seguimiento por nuestro servicio. Conclusiones: Se realizó diagnóstico de amiloidosis cardíaca por Ecocardiograma y biopsia de grasa periumbilical y de tromboembolismo de pulmón, quedando hasta la actualidad pendiente la determinación del tipo de amiloidosis. Discusión: Según la búsqueda bibliográfica realizada en Pubmed y Medline podemos concluir que la amiloidosis cardíaca es una patología infrecuente en adultos jóvenes y debe ser sospechada en todo paciente con miocardiopatía restrictiva no explicada por otra causa. En dicha búsqueda no hallamos casos de presentación clínica similar al presente caso.

## Clínica Médica

### VASCULITIS MESENTÉRICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LUPUS.

Koller P, Biancalana M, Wisniowski C.  
Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal « Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Las manifestaciones gastrointestinales en el LES se observan en alrededor del 50% de los adultos con LES principalmente como complicación del tratamiento o a lo largo de la enfermedad acompañando episodios de actividad lúpica. Los síntomas abdominales como forma de presentación de lupus son infrecuentes. El dolor abdominal es el síntoma principal y suele asociarse con serositis en primer lugar y en segunda instancia con isquemia intestinal local. **Caso Clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 15 años de edad con una cesárea 9 meses previos a la admisión como único antecedente; y que ingresa a nuestro nosocomio por cuadro compatible con un abdomen agudo quirúrgico. Se realiza laparoscopia exploradora que visualiza ascitis abundante. Se comienza a estudiar la paciente realizándose TAC de abdomen que informa además de líquido libre, dilatación de las asas intestinales con engrosamiento parietal y enrarecimiento de la grasa peritoneal. Se realizan FEDA, colonoscopia y laparotomía todos ellos con toma de biopsia y hallazgos inespecíficos. El laboratorio mostró como datos positivos; hipocomplementemia, FAN con patrón homogéneo, hipoalbuminemia, Ac antilúpico (+), Ac anti  $\beta 2$  glicoproteína (+). Biopsia renal: glomerulonefritis membranosa. El cuadro cede con inmunosupresores y anticoagulación. **Conclusión:** Radicamos la importancia de este caso clínico ya que tras la revisión de la literatura hay pocos casos publicados de compromiso lúpico gastrointestinal como forma de presentación de esta patología. Además plantea la importancia de considerar este diagnóstico frente a un paciente con dolor abdominal permitiendo plantear el enfoque terapéutico más adecuado.

### NEUROSIFILIS EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA (HIV).

Biancalana M, Lazzarini P, Wisniowski C.  
Servicio de Clínica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El término neurosífilis se refiere a la afección del SNC, causada por *Treponema Pallidum*, la cual puede ocurrir en cualquier momento luego de la primoinfección. Tanto las infecciones por HIV como por Sífilis son prevalentes en un mismo grupo de riesgo como los homosexuales y adictos a drogas intravenosas, entre otros. Hasta en un 25% a 33% de los pacientes con sífilis se observa la invasión de

espiroquetas al SNC independientemente de su condición de HIV. **Aspectos metodológicos:** Paciente de 27 años de edad, que Consulta por presentar mareos, náuseas, diplopía, acúfenos, cefalea occipital y leve paresia braquio-cubital izquierda. Con antecedentes de úlceras orales en el mes previo; homosexual. Al examen físico presenta, marcha de ebrio, signo de Romberg, paresia braquio-cubital izquierda, disimetría y adiadococinesia del lado izquierdo. **Estudios complementarios:** Hematocrito 45%, hemoglobina 15 g/dl, recuento leucocitario 4000, fórmula 48/6/42/2; recuento de CD4 167. Serología para HIV positiva, VDRL positiva 1/32. **Punción Lumbar:** físicoquímico: glucosa 0.26 g/l, proteínas 1.16 g/l, LDH 3.3U/L, recuento celular: 95%, 85% polimorfonucleares, 10% mononucleares. **Resonancia magnética:** afectando ambos hemisferios cerebelosos, como así también la sustancia blanca del lóbulo frontal izquierdo, hay imágenes hiperintensas en FLAIR y T2 que no tienen clara manifestación en T1 ni cambian con la administración de gadolinio. Puede tratarse de focos desmielinizantes de probable origen vascular, relacionados a una vasculitis. **Resultados:** se indica penicilina G cristalina 3.000.000 cada cuatro horas por 14 días, mejorando el cuadro neurológico al tercer día, tratando una neurosífilis. **Conclusión y discusión:** el diagnóstico de neurosífilis debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con síndromes meníngeos y/o cerebelosos HIV y VDRL en suero positivos. **Facilidad para el diagnóstico** mediante pruebas de laboratorio accesibles y de bajo costo.

### TUBERCULOSIS PERITONEAL

Beccacece M, Salinas V, Wisniowski C, Panelli E.  
Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La tuberculosis peritoneal es una forma infrecuente de presentación, pero es la forma más común de Tuberculosis abdominal (50%). Resulta de una diseminación hematogena desde un foco que generalmente es intestinal, cursa con clínica muy inespecífica, por lo cual supone varios diagnósticos diferenciales. **Objetivo:** el presente trabajo apunta a la importancia de establecer diagnósticos diferenciales y del trabajo de un equipo interdisciplinario dentro del hospital. **Aspectos metodológicos:** presentamos el caso de una mujer de 41 años de edad que permaneció internada en sala de Clínica Médica del Hospital Penna . la paciente tenía antecedentes de HTA, hipotiroidismo, quiste de ovario y es derivada desde Pedro Luro por presentar dolor abdominal generalizado que predomina en hipogastrio con náuseas y vómitos, de tres meses de evolución y una ecografía transvaginal que informa endometrio irregular. El cuadro se acompañaba de pérdida de peso 20 kg en el último



año. La paciente fue recibida por el servicio de Ginecología ante la sospecha de una neoplasia ovárica. Al examen físico y por imágenes (TAC y ecografía) se constata la presencia de líquido ascítico por lo que se solicita la evaluación por servicio de Clínica Médica. En el laboratorio se destacan los siguientes datos: ERS 44 mm, LDH 520 UI/L, albúmina sérica 39 g/L, CA 125 789; líquido ascítico: recuento celular 1200 (linfoc 80 %, neutróf 15 %, cél mesoteliales 5%), LDH 679 UI/L, albúmina 36 g/L, ADA 87,1 UI/L. Resultados: la paciente estuvo estable durante toda la internación. Se programa videolaparoscopia exploradora con fines diagnósticos entre servicios de Cirugía, Ginecología y Clínica. Durante la misma se observan lesiones puntiformes en peritoneo, epiplón, órganos intraabdominales y genitales. Se toman muestras para anatomía patológica. Se dio de alta a la paciente a la espera de resultados. Luego se recibe resultados de anatomía patológica compatibles con *Mycobacterium Tuberculosis* en el material obtenido. Se comienza tratamiento y se cita a consultorios de Clínica Médica. Conclusiones: la importancia de este caso radica en primer lugar, en tener en cuenta el diagnóstico de tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial de neoplasias ginecológicas, ya que su tratamiento y pronóstico son totalmente diferentes. Por otro lado destacamos la importancia del trabajo interdisciplinario dentro del hospital y el seguimiento de los pacientes una vez externados, ya que se trata de una patología de tratamiento prolongado.

#### **PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL**

Schmollinger N, Koller P, Wisniowski C.  
Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Los paragangliomas son tumores infrecuentes derivados de la paraganglia (tejido neuroendocrino extraadrenal). Se caracterizan por la producción excesiva de catecolaminas, siendo su triada clínica: sudoración, cefalea y palpitations en asociación a hipertensión paroxística o continua. Pueden ser esporádicos, parte del síndrome de cáncer hereditario o del síndrome de paraganglioma familiar. Hasta un 15-35% de los tumores abdominales pueden ser malignos; dicha malignidad se evidencia por metástasis y no por estudio histopatológico, siendo más probable en el sexo masculino, adulto joven y altos niveles de dopamina. No hay consenso sobre el método diagnóstico más fiable, se usa la combinación de métodos bioquímicos (catecolaminas y/o metanefrinas en sangre y orina) y de imagen. Estos tumores se tratan quirúrgicamente. Objetivo: Identificar causa de hipertensión secundaria. Aspectos Metodológicos: Se estudio un paciente masculino de 20 años que ingresa en estudio de hipertensión secundaria. Presenta en los dos últimos años

intolerancia al ejercicio con agotamiento, palpitations y 2 episodios sincopales, agregando en los últimos 6 meses sudoración y cefaleas episódicas. En su última consulta ambulatoria se le constata TA sistólica de 200 mmHg. Al examen físico se presentaba normotenso a expensas de 3 drogas antihipertensivas y con hipotensión ortostática. Los exámenes complementarios evidenciaron glucemia en ayunas de 1,20 g/L, en orina: ácido vanilmandélico 24,9 mg/24 hs (AVM), Norepinefrina 2484 ug/gr de creatinina, Dopamina 14155 ug/gr de creatinina (aumentados) y Adrenalina normal. Una TAC de abdomen reveló una formación sólida para aórtica izquierda por debajo del hilio renal de aprox. 50 mm; y una RMN de abdomen informó en el retroperitoneo abdominal inferior una formación ovoidea hiperintensa en T2 de eje mayor 50mm. El ecocardiograma mostró hipertrofia ventricular izquierda. Se realizó tratamiento quirúrgico previo alfa-beta bloqueo y expansión de volumen. Se evidenció normalización de los valores de AVM, norepinefrina y dopamina 15 días post cirugía. Resultados: Se llega al diagnóstico de Paraganglioma como causa de la hipertensión. Conclusión: El único criterio de malignidad es la presencia de metástasis donde usualmente no existe tejido cromafín, estas pueden ocurrir hasta 20 años después de la resección, por tal motivo estos pacientes deberán continuar controles de por vida con medición de TA bi-anual, realización de RMI de cuello, tórax, abdomen y pelvis mas metanefrinas plasmáticas o urinarias anualmente.

#### **CARCINOIDE HEPÁTICO DE LOCALIZACIÓN PRIMARIA**

Salinas M, Schmollinger N, Biancalana M, Wisniowski C.  
Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Aunque los tumores carcinoides se pueden encontrar en todo el cuerpo, se producen el 90% en el tracto gastrointestinal, frecuentemente metastatizan en el hígado y en ocasiones en menos del 10% causan el síndrome carcinoide por la secreción de serotonina y otras sustancias vasoactivas. Los tumores carcinoides primarios de hígado son muy raros, solo 60 casos fueron reportados en la literatura actual. Es necesario un meticuloso seguimiento para descartar neoplasia oculta con metástasis hepáticas para confirmar la naturaleza primaria de los carcinoides hepáticos. Aspectos metodológicos: paciente femenina de 43 años con antecedentes de HTA, obesidad que es derivada de la zona por constatarse potasio 1,2 meq/l. Consulta hace 1 mes por edemas en miembros inferiores, disminución del ritmo diurético y pérdida de 12 Kg de peso en el último mes, es medicada con múltiples diuréticos. Ingresa a sala de clínica médica y ese mismo día por mala



evolución, pasa a UTI donde permanece 3 días con reposiciones continuas de CLK. Por buena evolución pasa a sala de clínica médica para seguimiento y diagnóstico. Se efectuaron exámenes complementarios observándose aumento de urea y creatinina, alcalosis metabólica, cortisol matinal: mayor a 63.44 VR(6.20-19.4 ug /dl ), valor vespéral: mayor a 63.44 VR ( 2.3 – 11.9 ug / dl ), Valor de cortisol matinal post 2 ampollas de dexametasona : mayor a 63 ug/ dl, Clearance de creatinina :63 ml/m, ., Ecografía abdominal: hígado de tamaño normal y parénquima heterogéneo. RMN de encéfalo y TAC de encéfalo: sin particularidades. Se interpreta el cuadro como síndrome paraneoplásico luego de descartar otras causas de hipokalemia asociada a HTA. Durante el día 15 de internación se constata el óbito de la paciente, previo consentimiento de la familia se decide realizar la necropsia. Conclusiones: Se decide presentar esta patología ya que si bien es de baja prevalencia el modo de presentación es típico de otras entidades de alta frecuencia, lo que implica la reiterada consulta médica con diagnóstico erróneo, fallo terapéutico y efectos adversos de la medicación instaurada, llevando a una torpida evolución.

#### ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO.

Campos V, Biancalana M, Schmollinger N, Wisniowski C. Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal « Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La Enfermedad de Still de inicio de Adultos es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida poco frecuente, con una prevalencia estimada inferior a 1 caso por cada 100.000 personas que afecta predominantemente a adultos jóvenes. Fue descrito por primera vez por Bywaters en 1971, una de las presentaciones más comunes de la enfermedad es la fiebre de origen desconocido. Aspectos metodológicos: paciente de sexo masculino de 21 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, que consulta a servicio de emergencias por presentar cuadro de artromialgias generalizadas, fiebre de 38 °, escalofríos, odinofagia, en el contexto de la epidemia de gripe A, por lo que se realizan hemocultivos y se inicia tratamiento con Antibióticos y antivirales (Oseltamivir), el paciente persiste febril, con episodios de mioartralgias y exantema que incrementa su intensidad con la fiebre, se realizan hemocultivos en 3 oportunidades, que informan negativos, se solicitaron serologías: Hepatitis B, C ,HIV; VDRL; CMV; VEB, Chagas negativas, BAAR, AELO, Reacción de Paul Bunnell y Serologías para Brucelosis (Reacción de Huddleson, Rosa de Bengala) negativas, Leptospirosis negativo. FR negativo. Ferritina mayor a 2000 ng/ ml (VR 30-400). Se solicita ecografía Abdominal, TAC de tórax, Abdómen y pelvis, que informan adenopatías retroperitoneales. Se realiza esquema

antibiótico doble, con persistencia del cuadro. Al cumplir criterios para Enfermedad de Still del Adulto se inicia tratamiento con Prednisona 70 mg/ Kg / día por 7 días, con mejoría sintomática completa. Conclusiones y discusión: El propósito de Caso clínico es evidenciar las dificultades para realizar un diagnóstico precoz debido a que la FOD es más frecuentemente asociada con otras condiciones tales como tumor maligno o infección. La ambigüedad en la presentación y falta de marcadores serológicos hace difícil el diagnóstico, que se basa en un conjunto de criterios, el más importante de los cuales es, en efecto clínico. Los pacientes suelen presentar fiebre alta en picos, artralgia o artritis, dolor de garganta, erupción transitoria maculopapular, linfadenopatía, hepatoesplenomegalia, y serositis y pueden o no tener todos los síntomas anteriores en la presentación inicial.

#### REPORTE DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE LYELL COMO MANIFESTACION EN UN SINDROME DE HIPERSENSIBILIDAD CRUZADA A ANTICONVULSIVANTES AROMATICOS.

Bécares A\*, Baliña G\*\*.

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

Introducción: la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) o Enfermedad de Lyell es una entidad clínica poco frecuente pero con una mortalidad de hasta el 90%, clasificada dentro de las formas cutaneomucosas graves del Eritema Polimorfo (EP). Está asociada a hipersensibilidad a fármacos en aproximadamente el 95% de casos. Objetivos: reconocer precozmente esta entidad, identificar y retirar los fármacos involucrados. Material y métodos: presentamos una paciente de 39 años de edad, sexo femenino en tratamiento con fenitoína y carbamazepina hace 4 semanas. Ingresó en el servicio de clínica médica presentando síndrome de repercusión general más exantema polimorfo, lesiones eritematosas anulares con centro purpúrico y tendencia a coalescer formando grandes placas localizadas en cabeza, tronco, miembros superiores e inferiores, se observaron ampollas con despegamiento de piel en láminas, ubicadas en zonas de fricción y presión. Se realizó biopsia incisional de piel afectada. Resultados: los resultados histopatológicos informan cuadro compatible con Eritema Polimorfo (Protocolo B-1215-10). Se realizó diagnóstico clínico e histopatológico de Necrólisis Epidérmica Tóxica. Se retira fenitoína y carbamazepina e inicia tratamiento con prednisona 1mg/kg/día observando buena evolución por lo que se decide iniciar nuevo tratamiento con fenobarbital como droga anticonvulsivante presentando en las 72 horas posteriores nuevo brote de enfermedad. Conclusión: nuestra paciente presentó hipersensibilidad cruzada a diferentes drogas

anticonvulsivantes pertenecientes al mismo grupo aromático (Fenitoína, carbamazepina y fenobarbital). Reconocer esta entidad precozmente, identificar y retirar los fármacos involucrados y manejar multidisciplinariamente al paciente da como resultado una buena evolución nosológica y disminución de la mortalidad.

### **CONSUMO DE COCAINA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VASCULITIS ASOCIADA A ANCA.**

Korsunsky R A, Matoso M, Gallard C, Rudolf G.

Introducción: El consumo de cocaína ha aumentado en los últimos tiempos, así como las patologías asociadas a la misma. Aquí se describe un caso en el cual se plantea como diagnóstico diferencial de las vasculitis asociadas a ANCA. Caso clínico: Paciente de 23 años, sexo femenino, consulta en la guardia por edemas en miembros inferiores, astenia, y anemia severa. Se realiza diagnóstico de insuficiencia renal con requerimiento dialítico en forma crónica. Laboratorio: HIV, Hepatitis B y C, anti-DNA, FAN, anti MB y complemento negativos, ANCA C +. Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa endo y extracapilar avanzada con frecuentes glomérulos esclerosados. Inmunofluorescencia (IF): depósitos granulares de Ig G, M, C3 en la zona de la membrana basal a nivel de capilares periféricos glomerulares más notables para C3. IgA negativo. Un año después se interna por episodio de disnea súbita, epistaxis y hemoptisis. TAC de tórax: infiltrado de tipo acinar con signos de broncograma aéreo en lóbulo superior derecho. Múltiples adenomegalias. Ecocardiograma: Hipertensión pulmonar (HTP) leve. ANCAc 1/320, estudio de trombofilia y el resto de laboratorio negativo. Con diagnóstico de Vasculitis asociada a ANCA se indicó prednisona más pulsos de ciclofosfamida mensuales. Cuatro meses después presenta igual cuadro clínico con TAC de tórax sin imágenes patológicas. Ecocardiograma: HTP severa (60). ANCAc 1/80. Se indica sildenafil que suspende por intolerancia. Tres meses después continúa con epistaxis y hemoptisis sin otra manifestación extraarticular. Hasta ese momento presentaba diagnóstico de Granulomatosis de Wegener (GW) con HTP severa. Llamativamente presenta TAC de tórax y de macizo facial sin lesiones y Ecocardiograma sin evidencia de HTP. Durante un nuevo interrogatorio la paciente refiere *consumir cocaína* desde los 14 años hasta hace dos meses. La paciente evolucionó favorablemente hasta la actualidad. Discusión: El consumo de cocaína se asocia con HTP debida a vasoconstricción; también puede producir epistaxis y hemoptisis (6% - 26%) por injuria de las vías aéreas y lesiones parenquimatosas tipo bronquiolitis. Si bien esta paciente presenta ANCA positivo, existen series de casos publicadas de pacientes con lesiones simil GW y ANCA

causadas por consumo de cocaína, que mejoran al suspender la droga y en algunos casos con tratamiento inmunosupresor. Un estudio muestra que el ANCA que presentan los consumidores de cocaína es contra elastasa y que es útil para discriminar lesiones por cocaína de las producidas por vasculitis. En este caso no se pudo realizar la determinación por falta del método de diagnóstico. La GEFS es el hallazgo más frecuentemente encontrado en este tipo de pacientes, no hemos encontrado publicaciones hasta el momento de GNRP ANCA + con IF positiva de tipo granular en membrana basal glomerular. Con respecto al diagnóstico de GW, no presenta lesiones típicas que justifiquen los síntomas ni biopsia renal característica y a diferencia de lo que ocurre en otras enfermedades del tejido conectivo, la HTP es extremadamente infrecuente en las vasculitis de pequeños vasos. Conclusión: El uso de cocaína puede producir síntomas similares a GW, incluido serología positiva para ANCA, debiendo incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales.

## Diagnóstico por Imágenes

### MICROLITIASIS TESTICULAR. ¿ESTÁ RELACIONADA CON EL CÁNCER TESTICULAR?.

Picorel J, Gómez Giménez E, Muller U, Echegaray A, Gómez Fredes P, Vega D.

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

**Resumen:** La microlitiasis testicular (MT), es una condición poco común caracterizada por calcificaciones en el parénquima testicular. El objetivo de este trabajo es evidenciar nuestra experiencia en este hallazgo ecográfico y su relación con la patología maligna testicular. **Introducción:** La MT se define como la presencia de 5 o más pequeños focos ecogenicos dentro del testículo con un tamaño que varía entre 1 y 3 mm de diámetro. No hay alteración del tamaño testicular y carecen de sombra acústica, probablemente debido a su pequeño tamaño. El valor pronostico de la MT como una lesión precancerosa es controvertido, ya que se desconoce el tiempo necesario para desarrollar tumor testicular. **Material y método:** Se estudiaron 10 pacientes que fueron derivados a nuestro servicio de ecografía. Se les realizó orquiectomía a 4 pacientes por presentar una imagen sospechosa a la ecografía testicular o marcadores tumorales altos. **Resultados:** Se detectaron: 3 neoplasias testiculares (seminoma) 33%; un absceso de epidídimo, y a los 6 pacientes restantes no se les realizó cirugía, uno de los pacientes recibió tratamiento para epididimitis con buena evolución y el resto continúa con controles periódicos. **Conclusión:** El 80% de los pacientes con tumor testicular tienen MT, más del 90% de los pacientes con MT no tienen tumor testicular. Se sugiere que la MT puede indicar una anomalía testicular subyacente y pueda ser un fuerte marcador indirecto de la neoplasia testicular.

En pacientes con MT y factores de riesgo para tumor testicular (criptorquidia, atrofia testicular, infertilidad, tumor contralateral, administración de estrógenos), se recomienda vigilancia anual con ecografía y marcadores tumorales.

### DIVERTÍCULOS VESICALES EN ECOGRAFÍA.

Picorel J, Gómez Giménez E, Muller U, Echegaray A, Gómez Fredes P, Vega D.

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

**Objetivo:** valorar las características ecográficas de los divertículos vesicales secundarios (DVS), sus complicaciones y eventuales métodos de tratamiento. **Materiales y Métodos:** en el periodo comprendido entre mayo del 2008 y julio del 2010 se estudiaron prospectivamente mediante ecografía pelviana 31 pacientes con divertículos vesicales. El rango etario fue de 35 a 82 años con un promedio de 66 años de

edad. **Discusión:** los divertículos vesicales son evaginaciones de la mucosa vesical, que se hernian a través del músculo detrusor, formando masas quísticas paravesicales. Estos se pueden clasificar en primarios o congénitos, secundarios o adquiridos y asociados a síndromes como el de Ehlers-Danlos, síndrome del vientre en pasa, posquirúrgicos, etc. Los divertículos congénitos son generalmente únicos. Los adquiridos aparecen a partir de la sexta década de la vida y su principal causa es la obstrucción urinaria secundaria a hipertrofia prostática benigna. Las principales complicaciones de los divertículos son: infecciones urinarias a repetición, formación de cálculos, reflujo vesicouretral y en el 5 % de los casos se ha observado carcinoma de células transicionales en el interior del mismo. El diagnóstico de un divertículo es mediante cistouretrografía miccional y fundamentalmente por ecografía. La ecografía junto con la TAC, resultan especialmente útiles para descubrir cálculos o tumores. **Resultados:** en 29 de nuestros pacientes la principal causa de los divertículos fue la hipertrofia prostática benigna, en 2 por vejiga neurógena y en uno fue congénito. El 18% presentaba antecedentes de infecciones urinarias, uno presentaba cálculos en el interior del divertículo. En el resto el diagnóstico fue incidental. **Conclusión:** los divertículos secundarios son una patología muy frecuente de la práctica diaria, sin embargo, pueden ser responsables de una variada signo- sintomatología. Frente a un divertículo sintomático el tratamiento es quirúrgico. La extirpación soluciona la obstrucción infravesical compresiva, evita el residuo postmiccional y previene la recidiva de las infecciones. Extirpado el divertículo la recidiva es excepcional.

### PRESENTACIÓN ECOGRÁFICA DEL SLING Y SUS COMPLICACIONES.

Picorel J, Gómez Giménez E, Muller U, Echegaray A, Gómez Fredes P, Vega D.

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

**Objetivos:** demostrar la utilidad del ultrasonido en el seguimiento del paciente con el dispositivo Sling y sus complicaciones. **Material y métodos:** se estudiaron mediante ecografía pelviana 7 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) a los cuales se le había colocado dispositivo de Sling. **Discusión:** el sling es una malla de polipropileno, que se utiliza en el tratamiento IUE. La IUE es una patología prevalente por encima de los 50 años, se debe a una debilidad del piso pelviano y a la falta de coaptación de la uretra al momento de realizar un esfuerzo. El sling se coloca en el tercio medio de la uretra para reforzar el funcionamiento de los ligamentos pubouretrales y uretropolvicos. Las complicaciones más frecuentes son: erosión y obstrucción infravesical; además pueden encontrarse en menor

porcentaje: fistulas, infección, incontinencia urinaria (IO) posquirúrgica, IO de urgencia, inestabilidad posoperatoria, lesión de víscera hueca, lesión vascular y dolor posoperatorio. Resultados: en tres de esos pacientes se detectó como complicación una erosión vesical por sling; en los restantes no se observaron alteraciones. Conclusión: la IUE presenta como tratamiento estándar la cirugía de Burch (retrosuspensión colpopúbica abdominal abierta) con una efectividad entre 69 y 90 %. Sin embargo las complicaciones y las frecuentes recidivas hicieron que nuevas técnicas como el sling comiencen a investigarse. Los sling libres de tensión se han convertido en una herramienta muy útil para manejar la IUE.

#### **HIGROMA QUÍSTICO ASOCIADO CON HIDROPS FETAL.**

Tentoni U, Piñeiro Testa M, Graff N, Pavone Z, Siri N, Pierucci A.  
Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El higroma quístico se ve en un tercio de los fetos con hidrops fetal no inmune. Se cree que son secundarios a un bloqueo congénito del drenaje linfático, por ausencia o ineficacia de las conexiones entre el sistema venoso y linfático. Esta compuesto por espacios quísticos que generalmente contienen líquido quiloso, separados por una mínima cantidad de estroma. Objetivos: se realiza un análisis retrospectivo de diez casos de higroma quístico asociados a hidrops cuyo resultado fue la muerte fetal y se describen características ultrasonográficas. Material y métodos: Se evaluaron diez casos en el Hospital Penna. La edad de las madres estuvo comprendida entre los 14 y los 38 años. Las semanas de gestación del descubrimiento de la anomalía estuvieron comprendidas entre las 13 a las 28 semanas. Resultados: Se describen los casos. El hallazgo ecográfico clásico es una formación anecoica con septos en la región posterior del cuello, según el tamaño puede extenderse lateralmente, cranealmente y/o caudalmente. El hidrops se define como un exceso de líquido en más de una cavidad corporal, se precisan al menos dos de los siguientes hallazgos: edema subcutáneo, hidrotórax, derrame pericárdico y ascitis. Conclusión: La detección de un higroma quístico debe hacernos buscar otras malformaciones asociadas. Cuando se asocia con hidrops en nuestra serie fue una combinación mortal. La ecografía fue la única técnica necesaria para el diagnóstico.

#### **TRÁNSITO DE INTESTINO DELGADO CON INGESTA ABUNDANTE DE LÍQUIDO.**

Tentoni U, Piñeiro Testa M, Graff N, Pavone Z  
Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Sistematizar con esta técnica los estudios de intestino delgado. Objetivo: Describir una técnica para cuando no es posible realizar un tránsito de intestino delgado con técnica de doble contraste. Material y métodos: La preparación consiste en una dieta líquida el día anterior, y un laxante a la noche. El día del estudio debe concurrir con 10 horas de ayuno. Se inyecta en forma intramuscular una ampolla de 10 mg de metoclorpamida para acelerar la evacuación gástrica. A continuación con el paciente en decúbito ventral le pedimos que ingiera 300cc de sustancia baritada, ponemos al paciente en decúbito lateral derecho durante diez minutos, luego en decúbito dorsal vemos la progresión del contraste y comprimimos las asas contrastadas para buscar imágenes patológicas, le damos a beber 300 cc de agua, y lo dejamos otra vez en decúbito lateral derecho por un lapso similar, lo ponemos en decúbito dorsal visualizamos y comprimimos las asas. Si notamos que el estómago disminuye su contenido le damos a beber otros 300cc de agua. El examen concluye cuando el contraste llega al ciego. Se obtienen al menos tres placas 35x35 cm, una que abarca el estómago, duodeno y yeyuno, otra que muestra el yeyuno ileon y la tercera que muestre el ileon y el ciego. Resultados: En el 80% de los pacientes el tiempo del estudio fue menor de una hora, el 15 % se completa a las dos horas y un 5% necesita más tiempo. En los casos que superan la hora podemos levantar al paciente y repetir la radioscopia cada cuarenta y cinco minutos aproximadamente hasta que se visualiza el ileon terminal y el ciego. Conclusión: La técnica descrita permite un adecuado estudio del intestino delgado.

## Infectología

### EL LACTATO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MENINGITIS BACTERIANA

Schenkel V, Martínez C, Giacomolli S, Casatti M, Alvarez M, Di Nardo L, Pezzano M, González ML.  
Laboratorio Central. Hospital Interzonal «Dr. José Penna».  
Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El líquido cefalorraquídeo (LCR) proporciona un sostén mecánico y contribuye al control del medio químico cerebral. La meningitis es la infección más común del SNC y debido a su alta morbimortalidad requiere de una intervención médica adecuada y precoz. En la meningitis bacteriana (MB) disminuye la irrigación cerebral, seguida de hipoxia, catabolismo anaeróbico con formación y aumento de lactato en LCR. El diagnóstico de las meningitis se realiza en dos instancias, estableciendo la etiología del proceso infeccioso, e identificando el agente causal. La mayor dificultad se encuentra en la primera etapa debido a la baja recuperación de gérmenes y al tiempo requerido para el cultivo. Por lo anteriormente citado es necesario contar en el laboratorio con una herramienta que nos permita un diagnóstico precoz de MB para la instauración de un tratamiento inmediato adecuado. **Objetivo:** Demostrar la utilidad del lactato en el LCR en el diagnóstico precoz de MB. **Materiales y métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva 103 muestras de LCR correspondientes a pacientes pediátricos con sospecha de meningitis que ingresaron al servicio de laboratorio desde abril de 2005 hasta junio de 2010. No se incluyeron en este estudio los pacientes pertenecientes al servicio de neurocirugía. Las muestras se dividieron en 3 grupos, control (n=77), meningitis viral (n=14) y MB (n=12). A cada LCR se le determinó proteínas, glucosa, lactato, recuento celular y diferencial y cultivo. Para dosar lactato se utilizó el método enzimático-colorimétrico y se expresaron los valores en mmol/L. **Resultados:** Los valores promedio de lactato fueron 1.56 +/- 0.53 para el grupo control, 1.96 +/- 0.48 para meningitis viral y 7.11 +/- 4.37 para MB. Cuando se compararon las medianas de los grupos estudiados con el test no paramétrico de Kruskal-Wallis se encontró una diferencia altamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre el control y MB y una diferencia significativa ( $p < 0.005$ ) entre meningitis viral y MB. No hallamos diferencia significativa ( $p > 0.05$ ) entre el control y meningitis viral. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de lactato para MB fue 75%, 100%, 100% y 96% respectivamente. La eficiencia del método fue del 96%. **Conclusiones:** Los niveles de lactato en el LCR del grupo con MB fueron significativamente elevados con respecto a los obtenidos en el grupo control y en el de meningitis viral, con un valor predictivo positivo de 100% en valores mayores a 2.8 mmol/L, por lo que sugerimos forme parte del análisis químico rutinario del LCR.

### EMERGENCIA DE MECANISMOS TRANSMISIBLES DE RESISTENCIA A ANTIMICROBIANOS. IMPACTO EN EL H.I.G.A DR. JOSE PENNA.

Benvenuti ML, Rizzo M

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

**Introducción:** En los últimos años han aparecido en los países centrales y por primera vez en Argentina, en el 2006, mecanismos de resistencia a antimicrobianos de amplio espectro tales carbapenemes y quinolonas. Esto genera una emergencia infectológica. **Objetivo:** 1. Poner en conocimiento de la comunidad científica local nuestra realidad. 2. Formular guías para el uso racional de antimicrobianos y lograr su cumplimiento. **Materiales y métodos:** Aislamientos provenientes de infecciones intrahospitalarias de las unidades de cuidados intensivos en el periodo de un año que fueron jerarquizados en programa WHONET para estadísticas Se evaluó: 1) porcentaje de resistencia a carbapenemes, quinolonas, cefalosporinas de 3° y 4° generación y glicopéptidos. 2) porcentaje de betalactamasa de espectro extendido (BLEE). Detección por  $\ddot{e}$  5 CTX-CTXCLA, CAZ-CAZCLA. 3) presencia de carbapenemasa (CBP) tipo KPC y MLB mediante la detección de sinergia con ácido borónico, EDTA/SMA, método microbiológico MASUDA. 4) CIM poblacional a vancomicina en *Staphylococcus aureus* por Etest y/o método de dilución automatizado en sistema VITEK 2. Evaluación de cepas VISA y heteroVISA

**Resultados:** datos de unidad de cuidados intensivos adultos

	MER	IMP	CAZ	CTX	QIP	PTZ	COL	OXA	VAN	BLEE	CBP	CIM
KPN	0%	0%	42%	63%	57%	28%	0%	-	-	58%	0%	-
PAE	10%	15%	43%	-	73%	50%	0%	-	-	5%	0%	-
ABA	92%	92%	96%	100%	91%	100%	0%	-	-	0%	0%	-
SAU	-	-	-	-	38%	-	-	47%	0%	-	-	1

**Conclusión:** Con el conocimiento de las bases moleculares de los mecanismos de resistencia y de las estadísticas locales presentadas se sugiere: discontinuar el uso de quinolonas fluoradas en la terapia empírica de las infecciones urinarias no complicadas; utilizar cuando sea posible según antibiograma penicilinas más inhibitor de betalactamasas en lugar de las cefalosporinas de tercera generación en infección graves; racionalizar al máximo el uso de carbapenemes y glicopéptidos; trabajar con parámetros PK/PD en la práctica clínica para ajustar dosificación; no indicar antibiograma en colonizaciones, diarreas en huéspedes inmunocompetentes, infecciones de etiología viral entre otros.



## Nefrología

### LÍMITE DE 15MM EN EL DIÁMETRO ANTEROPOSTERIOR DE LA PELVIS PARA DEFINIR HIDRONEFROSIS ANTENATALES LEVES. COSTO-EFECTIVIDAD.

Tombesi M, Alconcher L

Unidad de Nefrourología Infantil y Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las hidronefrosis antenatales leves (HNAL) son la anomalía del tracto urinario más frecuente detectada antenatalmente. Pese a tener buen pronóstico, diferentes autores proponen protocolos extensos de estudio en estos recién nacidos (RN) asintomáticos: cistouretrografía miccional (CUGM) y profilaxis antibiótica (PA), radiorenograma (RRG) a las pelvis >de 10 mm. No hay consenso en la forma de medir las hidronefrosis, ni en el límite de leve. Estos aspectos tienen alto impacto en términos de costo-efectividad. Desde 1989, definimos HNAL: pelvis de d» 1,5 cm de diámetro anteroposterior (DAP) sin dilatación de cálices en la 1ª ecografía postnatal e inicialmente indicábamos PA y CUGM a todos los RN con HNAL. En 1998 revisamos esa conducta y a partir de esa fecha solo indicamos CUGM y PA a los RN con HNAL que tengan infección urinaria (IU). Realizamos seguimiento ecográfico y enseñamos a los padres a sospechar IU. En ningún paciente con HNAL indicamos RRG. Objetivos: Evaluar el algoritmo actual en términos de costo-efectividad y la seguridad del límite de 15mm. Material y Métodos: De 570 RN con anomalía renal prenatal, asistidos entre 1998 y julio de 2010, 269 (47%) tuvieron HNAL. En 40 RN la pelvis midió 10 -15 mm de DAP. Se estimaron costos directos, según valores locales, de los estudios evitados: CUGM (600\$), RRG (750\$) y de la PA (450\$ por año) y se evaluó la dosis de radiación evitada. Resultados: Veintiséis pacientes tuvieron IU, en todos se realizó CUGM y en 3 se detectó reflujo vesicoureteral. El 72% de las HNAL involucraron en el 1º año de vida. Sólo en 4 pacientes la dilatación progresó y se estudiaron con RRG. Sobre el total de pacientes, el costo anual de PA hubiera sido de 120.000\$. La realización sistemática de CUGM hubiera significado un gasto total de 161.000\$, invasividad y una dosis de radiación gonadal de 309 y 1,900 mRad en varones y mujeres respectivamente. Si se hubiera realizado RRG a los 40 pacientes con pelvis entre 10-15 mm se hubiera gastado un total de \$ 30.000. Conclusión: Un DAP pélvico de 15 mm resultó ser un límite seguro para definir HNAL y permitió reducir costos, invasividad y dosis de radiación.

### LITIASIS URINARIA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA LOCAL

Meneguzzi MB, Alconcher L, Tombesi M, Piaggio L.

Unidad de Nefrourología Pediátrica y Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna» Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: En los últimos años el diagnóstico de litiasis urinaria en pacientes pediátricos se ha incrementado. La historia natural de esta enfermedad no está bien definida. La mitad de los pacientes tienen antecedentes familiares, sugiriendo una predisposición genética que comienza a expresarse desde la niñez. El estudio metabólico de estos pacientes es de fundamental importancia para decidir las intervenciones terapéuticas y evitar complicaciones y recurrencias. Objetivos: Evaluar la clínica y evolución de pacientes pediátricos con litiasis urinaria. Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 39 pacientes con diagnóstico de litiasis urinaria por ecografía: presencia de imágenes ecogénicas con cono de sombra. Se excluyeron pacientes con vejiga neurogénica y ampliaciones vesicales. Se consignó: sexo, edad, ubicación y tamaño del cálculo, factores predisponentes, antecedentes familiares, manifestaciones clínicas, alteraciones metabólicas, tratamiento y evolución. Resultados: Veintiuno de los 39 pacientes (54%) fueron varones. La edad promedio al debut fue 7 años y 11 meses (11 fueron < de 3 años). El 87% de los cálculos estaban localizados en el riñón. En 21 pacientes existía algún factor predisponente. El 56% tenía antecedentes familiares. La forma de presentación fue hematuria (n=13), infección urinaria (n=10), dolor (n=8), más de un síntoma (n=9), eliminación del cálculo (n=4) y en 4 fue un hallazgo. El 67% presentó alteraciones metabólicas siendo la hipercalcemia la más frecuente. Veintiocho pacientes recibieron tratamiento médico, de los cuales 6 no tuvieron seguimiento, 9 eliminaron el cálculo, en 10 desapareció la imagen ecográfica en un tiempo promedio de 5 meses y en 3 persistió y creció. Once pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (33%). El tamaño de los cálculos en este grupo fue mayor que el de los tratados conservadoramente: 15mm (r: 10-30) vs. 5mm (r: 2-10). Cinco pacientes tuvieron recurrencia (3 operados). Ninguno deterioró la función renal. Conclusiones: La mayoría de los pacientes tuvieron litiasis renal, se presentaron con hematuria y tuvieron cálculos pequeños pasibles de tratamiento médico. En más de la mitad hubo historia familiar de litiasis y en 2/3 se detectó alteraciones metabólicas. Los cálculos renales mayores de 10 mm y los sintomáticos requirieron cirugía.



**URETEROCELES EN PEDIATRIA: CONTROVERSIAS EN SU MANEJO.**

Alconcher L, Tombesi M, Meneguzzi MB, Piaggio L.  
Unidad de Nefrourología Infantil y Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Los ureteroceles son dilataciones quísticas de la porción terminal del uréter, cuya expresividad clínica tiene un espectro tan amplio que hace desafiante su diagnóstico y tratamiento. Históricamente se diagnosticaban a través de sus complicaciones y se trataban quirúrgicamente. En la actualidad el diagnóstico prenatal permitió conocer la historia natural de los mismos e identificar un grupo selecto de pacientes que podrían manejarse conservadoramente. Objetivos: Analizar la clínica y evolución de pacientes pediátricos con ureteroceles. Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 32 pacientes con diagnóstico de ureteroceles asistidos entre 1993 y 2010. Se consignó sexo, forma de presentación, variantes anatómicas, métodos de estudio, complicaciones, tratamiento y evolución. Se compararon los ureteroceles de sistema único y doble sistema urinario. Se aplicó el test de Fisher. Resultados: El 50 % fueron varones. Diecinueve (60%) fueron diagnosticados por la ecografía prenatal. De los 13 de diagnóstico postnatal, 8 (62%) se reconocieron por infección urinaria y 5 incidentalmente. Veintinueve fueron unilaterales, 17 dobles sistemas y 12 sistemas únicos. Los 3 bilaterales fueron pequeños ureteroceles de sistema único. La ecografía fue el método de diagnóstico y seguimiento más importante. Diez de los 15 pacientes con sistema único fueron varones vs. 7/17 con doble sistema ( $p=0,13$ ). El tiempo de seguimiento fue semejante en ambos grupos: 27m (r: 2-134). Once de los sistemas únicos (73 %) recibieron tratamiento conservador (profilaxis antibiótica y seguimiento ecográfico), 4 mostraron involución total de la hidronefrosis y ureteroceles y 2 de la hidronefrosis. Siete de los pacientes con doble sistema recibieron tratamiento conservador, se observó involución total en 3. De los que se resolvieron quirúrgicamente, 9 de 14 tuvieron antecedentes de infecciones urinarias recurrentes febriles, 3 reflujo vesicoureteral de alto grado y 6 centellografía renal patológica. Conclusiones: Los ureteroceles de sistema único predominaron en varones y tuvieron mejor pronóstico, observándose involución en el 40% de los pacientes. El reflujo vesicoureteral de alto grado, las infecciones urinarias recurrentes, signos de obstrucción del uréter ipsi, contralateral o de la salida vesical serían indicaciones de cirugía.

## Neonatología

### **CANDIDIASIS CUTÁNEA CONGÉNITA EN UN PREMATURO EXTREMADAMENTE BAJO PESO.**

Gonzalez Yebra A, Trombetta L.

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

Introducción: Se presenta un recién nacido (RN) prematuro, extremadamente bajo peso con candidiasis cutánea congénita. (CCC). Caso clínico: RN masculino, de 27 semanas de edad gestacional peso de nacimiento 716 gr, nacido por cesárea. Score de APGAR 5-7. Entre los antecedentes maternos se destacan: rotura de membranas ovulares de 4 días de evolución y oligoamnios Trabajo de parto pretérmino que no se controla con útero-inhibición; se finaliza el embarazo por cesárea. Líquido amniótico purulento. Debido a bradicardia extrema al nacimiento se reanima con máscara para luego intubarse y realizar surfactante profiláctico en sala de partos. El examen físico de admisión reveló lesiones eritematosas erosivas (similares a quemaduras) localizadas en muslos, genitales, abdomen y cuello. Las palmas y plantas se encontraban descamadas. En el cordón umbilical se encontraron pápulas blanquecinas de 0.5 cm de diámetro. Se realiza: punción lumbar para cito-físico-químico (Normal) y se policultiva. La radiografía de tórax fue compatible con EMH. Se inició tratamiento con anfotericina B. Los resultados de los cultivos de sangre, LCR, orina y fauces fueron negativos y el resultado del cultivo de las lesiones de piel fue positivo para *Candida s/p*. Se cumplió con terapéutica antifúngica durante 8 días. Las lesiones de piel fueron involucionando con descamación completa a la semana de vida. Discusión: La CCC es una condición extremadamente infrecuente producto de la infección por *Candida* adquirida in útero. Se produciría por el ascenso de organismos a partir de una vagina infectada hacia la cavidad uterina. La presentación clínica de la CCC se caracteriza por lesiones cutáneas de aparición precoz. La iniciación precoz de la terapia antifúngica aparece como el factor más importante asociado a sobrevida en infecciones sistémicas y frente a la sospecha de CCC no debería esperarse resultados de hemocultivos o cultivos de líquido cefalorraquídeo para iniciar el tratamiento.

### **MORTALIDAD NEONATAL: APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS.**

Diaz L, Brazda G, Biera A.

Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna» Bahía Blanca. Argentina

Introducción: En la Región Sanitaria I de la Provincia de Buenos Aires la tasa de Mortalidad Neonatal ha registrado un 7,3/00 durante el año 2009, con un leve aumento respecto de años anteriores. Siendo esta problemática de incuestionable relevancia, partimos de la preocupación por identificar los elementos teóricos y empíricos necesarios para *comprender y explicar* las cuestiones implicadas en la muerte de un niño analizada dentro de la vida cotidiana de sus familias y de la dinámica de las instituciones de salud. Para ello hemos ubicado la mortalidad neonatal dentro del proceso salud-enfermedad-atención desde la línea teórica de Susana Torrado quien lo considera como un proceso social y biológico en tanto esta idea de proceso colectivo que se manifiesta a nivel individual nos permite superar la visión esquemática de factores y realizar un aporte a la propuesta de Análisis Causa Raíz. Objetivos: presentar el análisis de 2 casos paradigmáticos que han permitido develar cómo se han articulado los dispositivos familiares, institucionales y familiares-institucionales y que han devenido en una muerte neonatal. Aspectos metodológicos: hemos realizado una reconstrucción histórica del proceso de salud-enfermedad-atención de los niños fallecidos a través de la revisión de las historias clínicas del niño y su madre y de las entrevistas semi estructuradas mantenidas con las familias de origen. Discusión: exponemos a debate la propuesta de este trabajo como punto de partida para el estudio diagnóstico de la situación socio-sanitaria de la población de la Región Sanitaria I cristalizada en las muertes neonatales desde una perspectiva que trasciende la simple cuantificación estadística de la cuestión. Conclusiones: las formas en que se han articulado los dispositivos familiares, institucionales y familiares-institucionales en los casos paradigmáticos presentados nos llevan a pensar en la necesidad de tener en cuenta tanto la mirada de la población, los aspectos relevantes de la realidad institucional y la relación intersubjetiva población-equipo de salud en la planificación de las políticas públicas de salud.

**QUISTES DE OVARIO DE DETECCIÓN PRENATAL: CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS, EVOLUCIÓN. IMPLICANCIAS EN EL MANEJO.**

Tombesi M\*, Deguer C\*\*.

\*Servicio de Diagnóstico por Imágenes, \*\*Servicio de Neonatología. Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna» Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Los quistes de ovario son las masas quísticas no renales detectadas con más frecuencia en la ecografía obstétrica. Si bien la historia natural es hacia involución espontánea en un número significativo de casos, el manejo adecuado de estos pacientes sigue siendo controvertido. Objetivos: Determinar las características ecográficas pre y postnatal de los quistes de ovario, evolución, complicaciones, terapéutica. Material y Métodos. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 25 pacientes de sexo femenino nacidas entre diciembre de 2001 y julio de 2010, con imágenes quísticas abdomino-pelvianas en la ecografía prenatal. Se determinó edad gestacional al diagnóstico, características ecográficas: forma, ecorespuesta, tamaño, movilidad, evolución en términos de: complicaciones, progresión, estabilidad, involución parcial, involución total intrauterino o postnatal y tratamiento. Resultados: De 25 pacientes con formaciones quísticas abdomino-pelvianas, 23 fueron ováricas. La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 32 semanas. Quince mostraron aspecto quístico límpido, en 2 se diferenciaron pequeñas vesículas hijas, en 3 finos tabiques y 3 tenían aspecto heterogéneo (contenido ecogénico y gruesos tabiques). El diámetro longitudinal máximo promedio fue de 4,1cm (r: 2,7 a 6,3 cm); 9 tuvieron un diámetro mayor de 5 cm, 4 entre 4 y 5 cm y 10 menores de 4 cm. Once (48%), con un diámetro longitudinal máximo promedio de 3,7cm (r:2,7-5,1cm) involucionaron intrauterino, 8 involucionaron postnatalmente en un tiempo medio de 6 meses (r:1-13), en 6 de ellos la involución se inició intrauterino, 1 creció a un diámetro máximo de 7,6 cm e involucionó totalmente a los 10 meses de vida. Una RN con un quiste de aspecto límpido, de 5,5 x 5 cm y móvil se complicó al mes de vida y se operó. Los 3 de aspecto heterogéneo intrauterino se interpretaron como complicados y fueron quirúrgicos. Conclusión: El 83% de los quistes de ovario detectados antenatalmente involucionó. De los 4 complicados, 3 ocurrieron intrauterino. Ninguno de los quistes menores de 5cm se complicó. El alto porcentaje de involución espontánea observada sugiere conducta expectante y control ecográfico.

## Neumonología

### **NEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA QUE SIMULA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRAVE. PRESENTACION DE DOS CASOS.**

Piumatti F, Romero S, Alberto M, Fernández Ichoust M. Servicio de Neumonología. Hospital Interzonal « Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: la neumonía eosinofílica aguda fue descrita por primera vez en 1989 como una enfermedad febril en pacientes jóvenes, con hipoxemia severa y rápida evolución (aproximadamente 7 días), con posibilidad de requerimiento de ventilación mecánica. Se presenta con disnea, dolor torácico, fiebre, tos e infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax, haciendo pensar como primer Dx en una neumonía adquirida en la comunidad grave, bacteriana. El diagnóstico definitivo se hace por medio del lavado broncoalveolar (BAL) que demuestra un recuento celular con >25% de eosinófilos del total celular. El tratamiento con corticosteroides mejora notablemente la función respiratoria del paciente. Objetivo: tener en cuenta la neumonía eosinofílica aguda como diagnóstico diferencial inicial debido a que es una causa de falla respiratoria aguda donde el tratamiento adecuado cambia drásticamente la evolución. Proponer el BAL temprano en estos pacientes. Se presentan dos casos atendidos en este Hospital entre junio de 2009 y abril de 2010. Caso 1: JH, paciente masculino de 44 años no tabaquista, que consulta por disnea, fiebre, tos con expectoración, dolor torácico y mialgias de 72 hs de evolución. Exposición a excavación de gasoducto 96 hs previas. Rx de ingreso con infiltrados alveolares bilaterales. Eosinofilia periférica 20%. Tratamiento inicial empírico como NAC grave y antimicótico debido a exposición laboral, se realizó BAL a los 5 días, eosinófilos 80% del total. Comienza tratamiento con corticoide con buena evolución posterior. Caso 2: WA, paciente masculino de 40 años no tabaquista, que consulta por dolor torácico, disnea, fiebre y tos con expectoración, de 96 hs de evolución. Exposición a manipulación de animales muertos y actividades rurales diferentes a habituales. Rx de ingreso infiltrados intersticioalveolares bilaterales, derrame pleural escaso bilateral. Comienza tratamiento de NAC grave empírico y para sospecha de carbunco. Requirió CPAP. BAL 43% eosinófilos. Mejoría con corticoides sistémicos. Discusión: la neumonía eosinofílica aguda es una causa de falla respiratoria aguda. El tratamiento es con corticoides por 6 a 10 semanas. Conclusión: Hacemos énfasis en la importancia de considerar esta entidad como diagnóstico diferencial, ya que representa un cambio drástico en la terapéutica. Palabras claves: eosinofilia pulmonar aguda, neumonía eosinofílica aguda, lavado broncoalveolar.

### **PRIMER CASO DE RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR ENDOBRONQUIAL CON BRONCOSCOPIA RÍGIDA.**

Lamot GO, Mené JM, Acroglano PL, Piumatti F, Romero S; Alberto M, Fernández Ichoust M. Servicio de Neumonología «Dr. Raúl Catá». Hospital Interzonal « Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, que consulta por hemoptisis franca, se efectúa fibrobroncoscopia con biopsia obteniéndose diagnóstico de Tumor Carcinoide Típico, el cual ocluye el 90% de la luz del bronquio intermedio. Este tipo de paciente se derivaba a Hospitales de Ciudad de La Plata para su resolución. Se indica la resección endoscópica con broncoscopia rígida por electrocoagulación a realizar por primera vez en nuestro servicio. Se firma consentimiento informado. La resección endoscópica (electrocoagulación) se debe intentar siempre en los tumores carcinoides centrales para prevenir la neumonía obstructiva y atelectasia. Es poco frecuente y solo representa del 0.5 al 2.5% de las neoplasias pulmonares. En nuestra experiencia de 15 años de broncoscopia representan el 0.8% de los tumores broncoscópicamente visibles.

Objetivo: Lograr detener la Hemorragia bronquial, desobstruir el bronquio intermedio para evitar la infección y atelectasia de los lóbulos medio e inferior derecho. Una vez alcanzados estos objetivos, estadificar finalmente la enfermedad, para proponer la mejor cirugía terapéutica y conservadora. Resultados: Se logró reducir masa tumoral y repermeabilizar el bronquio intermedio en un 80% de su luz. Hasta el momento actual no presentó episodios de hemoptisis. Mejoría de función pulmonar y mecánica respiratoria. Conclusión: Presentamos el primer caso resuelto con éxito en nuestro Servicio de resección endoscópica. Posteriormente la reevaluación de la invasión extrabronquial y la condición del árbol distal con broncoscopia, Tomografía Axial Computada de Tórax o ultra sonografía endobronquial determinará la conducta quirúrgica definitiva. Discusión: No es un procedimiento de riesgo elevado. Sus complicaciones son el sangrado y la perforación. La coordinación con los Servicios de Anestesia, Cirugía y Terapia Intensiva fueron adecuadamente previstos. No conviene realizar la resección quirúrgica antes de los dos meses de la desobstrucción endoscópica. La cirugía debe ser conservadora. Previene complicaciones postoperatorias (infección, falla de reexpansión). Palabras claves: Tumor carcinoide, resección endoscópica, electrocoagulación.

### **ESTADIFICACIÓN GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE EN UN CONSULTORIO PILOTO DE EPOC DE UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA.**

Piumatti F, Aberto MA, Mene JM, Lamot GO.  
Servicio de Neumonología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo asociada a una reacción inflamatoria anómala, principalmente frente al humo del tabaco. Se define por la espirometría cuando el cociente volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo sobre la Capacidad Vital Forzada posbroncodilatador es menor de 0,7. Los síntomas principales son disnea, tos y expectoración. Presenta además efectos sistémicos. La prevalencia en Latinoamérica oscila entre 8-20%, y es la 4ta causa de mortalidad a nivel mundial. Cabe destacar que es una enfermedad prevenible y tratable. Objetivos: conocer estadificación, según las guías internacionales Global Initiative For Chronic Obstructive Pulmonary Disease, en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica derivados al consultorio específico. Evaluar características de la población de esta serie y el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad y su impacto. Materiales y métodos: se revisaron 36 historias clínicas de la base de datos del servicio de Neumonología, de pacientes que reunían criterios diagnósticos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica que concurren al consultorio específico para atención de esta patología en el servicio desde abril 2009 a junio 2010. Resultados: de los 36 pacientes analizados, 35 tenían antecedentes de tabaquismo y 13 eran tabaquistas activos. 8 de ellos recibieron tratamiento farmacológico para abandonar el hábito. El promedio fue de 57 paquetes/año. Uno de los pacientes no fumó, tenía historia de exposición a químicos industriales. La distribución por gravedad según la clasificación Global Initiative For Chronic Obstructive Pulmonary Disease fue: grado 0: 4 pacientes. Grado 1: 2 pacientes. Grado 2: 13 pacientes. Grado 3: 10 pacientes. Grado 4: 7 pacientes. De estos últimos, 5 recibían oxigenoterapia crónica domiciliaria. Discusión: Está demostrado que un tratamiento correcto, precoz y multidisciplinario disminuye el número y la gravedad de las exacerbaciones, la morbimortalidad y mejora la calidad de vida. Con este consultorio especializado, se consiguió un conocimiento de la propia enfermedad en nuestros pacientes, logrando así una mejor adherencia al tratamiento y un mejor seguimiento del paciente.

### **REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS (1995-2009) DE LOS TUMORES BRONCOSCÓPICAMENTE VISIBLES EN EL ÁREA DE BRONCOSCOPÍA DE UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO GENERAL DEL SUR DE LA PROVINCIA DE BS. AS. H.I.G.A.»DR. JOSÉ PENNA», BAHÍA BLANCA.**

Piumatti F, Mené JM, Lamot GO.  
Servicio de Neumonología. Hospital Interzonal « Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Para el diagnóstico de carcinoma broncogénico el método de elección es el examen endoscópico, la rentabilidad de las diversas técnicas realizadas con el broncoscopio es claramente distinta según sean visibles o no. La biopsia bronquial en el cáncer broncogénico visible tiene en la literatura una rentabilidad diagnóstica que ronda al 80%, seguida del cepillado y del lavado bronquial. Objetivo: Valorar con respecto a otras series publicadas nuestros resultados, métodos de diagnóstico endoscópicos, localización, estirpes histológicas y relación con hábito tabáquico. A través de este análisis formular propuestas y estrategias para una mejor calidad de atención a nuestros pacientes, considerando las limitaciones con las que contamos. Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo de 1316 pacientes a los que se les efectuó fibrobroncoscopia en el período comprendido entre el 1 de enero 1995 al 31 diciembre del 2009. En 717 pacientes, previo al examen, se sospechaba clínica y radiográficamente cáncer broncogénico. De estos en 410 estudios se encontró lesión endoscópicamente visible (según la clasificación de imágenes de «lkeda»). Sobre estos pacientes se basará el análisis de los resultados histológicos (Según la clasificación de OMS./IASLC 1999) de biopsias, lavados y cepillados bronquiales. Resultados: En el 57.18% (410 estudios) de los casos de sospecha clínica radiológica, la endoscopia visualizó imágenes patológicas. La relación fue 4.6:1 a favor de los masculinos. El 95% eran fumadores, Endoscópicamente fueron descritas como infiltración el 67%, tumoración el 39.26%; se localizaron en el árbol bronquial derecho el 49%, en el izquierdo el 39.26% y centrales el 24%. Se obtuvo diagnóstico histológico en el 66.4% de los casos (253 casos), positividad para células neoplásicas en el 4.46% y negativos en un 28.34%. De estos 253 casos de histología específica, fueron: 66% carcinoma escamoso, 17% Adenocarcinoma, 10.6% pequeñas células, 3.55% metástasis endobronquiales, 0.8% carcinoma de células grandes, 0.8% tumor carcinoide y 0.39 lesión preneoplásica de alto grado. La positividad diagnóstica de acuerdo al procedimiento endoscópico efectuado en los 410 casos fue: en las 369 biopsias el 67.47%, en 165 cepillados el 57.57% y en 410 lavados el 49%. Conclusiones: obtuvimos resultados comparables con la literatura: el hábito tabáquico tuvo una alta prevalencia, predominó el sexo masculino, La estirpe predominante fue la

escamosa. En nuestros casos las lesiones centrales o tardías tuvieron un número importante y nuestra rentabilidad es menor que las series publicadas a nivel mundial.

**PROPUESTAS:**

- Mejorar la accesibilidad del paciente al centro de salud.
- Evaluación precoz de población de riesgo (tabaquista - exposición laboral - tumores previos – inmunodeficiencias - patología pulmonar previa, etc.).
- Coordinación para la evaluación de los pacientes con centros de salud de la Región Sanitaria. (80.000Km<sup>2</sup>, 700.000 habitantes, 15 partidos)

**ESTRATEGIAS**

- Turnos con demora lógica (secretaria del servicio).
- Consultorio de EPOC-Tabaquismo.
- Incentivar la interconsulta y seguimiento de pacientes que padecen de patología no torácica, pero que se encuentran dentro de la población de alto riesgo.



# Patología

## HEMANGIOBLASTOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Pons M, Gómez LC  
Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** El hemangioblastoma (HB) es una neoplasia primaria del sistema nervioso central y de localización más frecuente a nivel cerebelar. Presentamos un caso de HB y realizamos una revisión de la literatura. **Caso Clínico:** Mujer de 32 años que consultó por hiperemesis gravídica y cefalea. Durante la internación se diagnosticó síndrome de hipertensión endocraneana y la resonancia nuclear magnética mostró una lesión quística ubicada en el hemisferio cerebelar derecho. Se realizó la intervención quirúrgica y el examen histológico evidenció una proliferación de estructuras vasculares típicas rodeadas por estroma. **Discusión:** El HB es un tumor vascular benigno de crecimiento lento que se ubica más frecuentemente en el cerebelo y afecta predominantemente a varones jóvenes. El examen microscópico muestra una proliferación de vasos sanguíneos típicos de pequeño calibre y de paredes finas revestidas por células endoteliales prominentes. La inmunomarcación es positiva para vimentina, proteína S-100, ENE, citoqueratina, ocasionalmente desmina y factor VIII. Con relación a la histogénesis del HC fue clasificado por la OMS como de origen incierto. Sin embargo la mayoría de los autores coinciden en que se desarrollaría de células estromales. Los diagnósticos diferenciales incluyen al meningioma angioblástico, angiogliomas y metástasis por carcinoma renal de células claras. El HC un tumor infrecuente y es relevante el diagnóstico diferencial con tumores malignos por las implicancias terapéuticas y pronósticas. El tratamiento quirúrgico de escisión es curativo.

## TUMOR NEUROENDÓCRINO PRIMARIO DE HÍGADO

V. Villafañe, E. Panelli, J Blasco  
Servicio de Patología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna», Bahía Blanca. Argentina

**Introducción:** Los tumores carcinoides son tumores neuroendócrinos bien diferenciados. Son neoplasias malignas de bajo grado y de crecimiento lento, derivados del sistema neuroendócrino, que afectan con más frecuencia al tracto gastrointestinal, en especial al apéndice cecal. El hígado generalmente es asiento de metástasis de estos tumores, pero son raros los casos de tumor carcinoide primario de hígado, y menos aún los confirmados por autopsia completa. **Objetivo:** Presentar un caso de un tumor neuroendócrino

primario de hígado diagnosticado en una autopsia y hacer una revisión de la literatura. **Aspectos metodológicos:** Mujer de 48 años que ingresa al hospital por hipocalcemia severa con hipertensión arterial, depresión y síndrome de Cushing. La paciente fallece a los 19 días por peritonitis fecal. **Resultados:** Hallazgos de la autopsia: hígado de 3060 gramos con una lesión blanquecina de 17 x 10 x 7 cm y numerosos nódulos satélites intrahepáticos. En la microscopía se observó parénquima hepático con una proliferación de células atípicas, dispuestas en nidos, reactivas a cromogranina, sinaptofisina, y negativas para queratina cocktail (AE1/AE3), CEA y Enolasa neuronal específica. La interpretación fue: Tumor neuroendócrino primario de Hígado (Tumor carcinoide). **Conclusión:** A pesar de la infrecuencia de esta patología, pudimos confirmar el diagnóstico de tumor carcinoide primario hepático. La histología e inmunohistoquímica nos permitió conocer la diferenciación tumoral y la autopsia nos ayudó a determinar el origen primario en el hígado. **Discusión:** Los tumores carcinoides pueden encontrarse en distintas partes del cuerpo pero el 54,5% ocurren en el tracto gastrointestinal. Poseen un patrón neuroendócrino y pueden producir -contener aminas, polipéptidos y/o prostaglandinas. El hígado es la ubicación más común de metástasis de los tumores carcinoides; contrariamente es una entidad muy rara como sitio primario, solamente 95 casos han sido reportados hasta el 2009. El diagnóstico diferencial entre tumor carcinoide primario y secundario, se basa en la histología, incluyendo marcadores tumorales, y en la exclusión de otros sitios primarios de la enfermedad.

## COMPARACIÓN DE DOS PROTOCOLOS DE INDUCCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN RATAS WISTAR LEWIS CON 1,2-DIMETILHIDRAZINA.

Gigola G, Melatini G, Ullua N, Cardozo C, Martín Arrieta G, Pérez J.  
Cátedra de Anátomo-Histología. Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Se han desarrollado varios modelos animales de carcinogénesis química que producen tumores intestinales semejantes histológicamente a los desarrollados en humanos. La 1,2-dimetilhidrazina (DMH) es un agente alquilante ampliamente utilizado como carcinógeno. **Objetivo:** Comparar dos protocolos de inducción de cáncer colorrectal con DMH para determinar la incidencia, localizaciones y tipos de lesiones desarrolladas. **Aspectos metodológicos:** Se utilizaron 35 ratas Wistar Lewis macho divididas en dos grupos de 15 y un grupo control de 5. El grupo A se inyectó con DMH en una dosis de 15 mg/kg de peso, seis semanas consecutivas. El grupo B recibió una dosis de 20 mg/kg de peso por ocho

semanas. Resultados: La inyección de DMH en el grupo A produjo el desarrollo de lesiones intestinales en un 47% de los animales, mientras que en el grupo B indujo lesiones en un 93% de los animales. Los tipos histológicos y ubicaciones de las mismas son semejantes a las encontradas en humanos para ambos grupos y en ninguno se encontraron neoplasias distintas del tropismo del agente carcinógeno empleado. Los animales de ambos grupos mantuvieron un buen estado general durante el desarrollo de todo el experimento.

Conclusión: El porcentaje de inducción obtenido fue superior en el grupo B. Discusión: Diferentes autores utilizando distintos modelos de inducción, con variaciones en cuanto a la cepa de animales, la dosis, la vía y el tiempo de administración de la droga, obtienen variados porcentajes de inducción. Nuestro grupo usando 15 mg/kg obtuvo 47% y con 20 mg/kg 93%. La prueba piloto resultó determinante para nuestro grupo al momento de seleccionar las condiciones de futuros diseños experimentales.

#### **XANTELASMA GÁSTRICO Y CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO. DIFICULTADES EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO.**

Arévalo J, Villafañe V, Blasco J.

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

Introducción: La diferenciación histopatológica entre un xantelasma gástrico y un carcinoma de células en anillo de sello es un proceso arduo, que le genera al médico patólogo serios dolores de cabeza. Objetivo: Evaluar las dificultades diagnósticas entre estas dos patologías que pueden estar asociadas y que presentan morfología similar. Para esto comunicamos un caso con infiltración por carcinoma de células en anillo de sello y xantelasma gástrico asociado. Aspectos Metodológicos: Mujer de 55 años con diagnóstico previo de carcinoma gástrico intramucoso de células en anillo de sello y gastrectomía parcial subsiguiente. Se efectuó una biopsia endoscópica de la anastomosis gastroentérica por sospecha de recidiva tumoral. Resultados: Al estudio microscópico se observó un infiltrado difuso de células con citoplasma claro vacuolado, algunas con núcleos excéntricos. La técnica del PAS y la inmunomarcación (CD68, citoqueratina 7 y 20) nos permitieron interpretar el caso como infiltración por carcinoma de células en anillo de sello y xantelasma gástrico. Conclusión: El xantelasma gástrico y el carcinoma de células en anillo de sello son dos patologías con morfología histopatológica similar, por lo que en estos casos es determinante el estudio de la biopsia con marcadores tumorales y coloraciones de rutina especiales.

Discusión: El carcinoma de células en anillo de sello es una neoplasia epitelial maligna, mientras que el xantelasma gástrico es una condición benigna pero que nunca ocurre en una mucosa gástrica normal. Este último suele estar asociado a la gastrectomía subtotal, a la gastritis crónica y también al cáncer gástrico.

#### **COMENTARIO ACERCA DE LA NORMATIZACIÓN DE PROCESOS EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HIGA «DR. JOSÉ PENNA».**

Gómez LC, Arévalo J, Panelli E, Villafañe V, Stefanazzi V, Blasco J

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

Introducción: La normatización de procesos corresponde a un modelo de trabajo que adhiere el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y que está enmarcado en el Programa de Garantía de Calidad. Se comentan sus características y se exponen al equipo de salud dos de ellas aplicables al servicio de Patología. Desarrollo: Existen numerosos procesos en nuestro servicio desde que ingresa el material para ser analizado hasta que se emite el informe escrito. Insistimos en dos de ellos que consideramos esenciales y que no siempre se realizan de la forma adecuada, entre los que se citan la forma en la que se envía la muestra y la relacionada a la confección del pedido de estudio anatomopatológico. Se consideran relevantes entre otras cosas ya que un informe en tiempo y forma depende muchas veces del conocimiento que el equipo de salud tenga de los mismos. Comentamos como debería ser remitida la muestra según sea el tipo de material a analizar y consideramos la forma de completar la solicitud de estudio anatomopatológico. Discusión: Es necesario aclarar que la normatización de procesos no brinda soluciones por sí mismas, pero también es cierto que es necesario empezar a registrar como estamos trabajando, para poder medir los resultados y conocer si hemos mejorado luego de un tiempo en alguna cuestión en particular. Cualquier modificación debería redundar en una mejora de la calidad de la atención, que se puede realizar si trabajamos en común acuerdo y si contamos con el apoyo del resto del equipo de salud.

## Pediatria

### PROCEDIMIENTOS ENDOUROLÓGICOS PARA LITIASIS DE LA VÍA URINARIA EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA PRELIMINAR

Piaggio L, Piaggio N, Meneguzzi MB, Alconcher L, Tombesi M.

Servicio de Pediatría. Cirugía Pediátrica. Unidad de Nefrourología Pediátrica y Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Los procedimientos endourológicos utilizados para tratar litiasis de la vía urinaria (VU) en el adulto tienen poca utilización en pediatría ya que esta patología es menos frecuente y la aparatología debe adaptarse a un paciente pequeño, haciendo más desafiante un procedimiento de por sí altamente demandante. Los reportes en la literatura mundial de estos procedimientos en pediatría son escasos y nulos en nuestro país. Objetivo: Analizar nuestra experiencia en endourología pediátrica. Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de litiasis de la VU que requirieron intervención quirúrgica para: localización del lito, tamaño, diagnóstico asociado, tipo de intervención e intervenciones secundarias, tiempo operatorio, complicaciones perioperatorias y evolución. En todos los pacientes que se realizó ureteroscopia se colocó previamente un catéter ureteral doble J para dilatación pasiva. La colocación del mismo no se tuvo en cuenta como procedimiento terapéutico. Resultados: La edad media de los pacientes (rango) fue de 5.6 años (1-15). Todos los pacientes tenían un cálculo mayor a 6 mm. Los litos se encontraban en riñón (8), vejiga (2) y uretra (1). Se realizaron 12 procedimientos terapéuticos en 8 pacientes (3 con localización múltiple): nefrolitotomias percutánea (NLPC) (5; 2 con endopielotomía concomitante), nefrolitotomía ureteroscópica (4, 1 bilateral), cistolitotomía uretral (2), cistolitotomía percutánea (1). En un paciente en el que se perdió el acceso al riñón al finalizar la NLPC se realizó una ureteroscopia posterior para extraer un lito renal residual de 3mm. Ningún otro paciente requirió retratamiento. Los diagnósticos asociados fueron: hipercalciuria renal (2), estenosis pieloureteral (2), megaureter obstructivo previamente operado (1), exstrofia de vejiga (1). El tiempo medio de los procedimientos y la internación fue de 145 minutos y 2 días respectivamente. Hubo 3 complicaciones post-operatorias: fistula urinaria, sangrado, disuria. Todos resolvieron con tratamiento conservador. Con un seguimiento medio de 11 meses se detectó 1 recidiva. Conclusiones: los procedimientos endourológicos en pediatría son altamente eficaces independientemente de la edad del paciente, con mínima morbilidad. Al ser muy versátiles permiten procedimientos múltiples que en nuestra experiencia no agregó complicaciones. Su costo-efectividad y complicaciones a largo plazo deben ser evaluados a futuro.

### ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO COMPARANDO PIELOPLASTÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA EN PEDIATRÍA.

Piaggio L\*, Corbetta JP<sup>^</sup>, Dinglevan R<sup>^</sup>, Duran V<sup>^</sup>, López JC \* Departamento de Pediatría, Cirugía y Urología Pediátrica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. <sup>^</sup> Servicio de Urología Hospital Nacional de Pediatría SAMIC Dr. JP Garrahan. Argentina,

Introducción: La pieloplastia laparoscópica (PL) en pediatría fue descrita en 1995 para el tratamiento de la estenosis pieloureteral (EPU) y ha ganado lentamente aceptación en todo el mundo como procedimiento menos invasivo que la pieloplastia abierta (PA). A pesar de ello la PL no se utiliza rutinariamente en todos los centros. Los estudios comparativos con estos dos tipos de técnica son escasos. Objetivo: Comparar la evolución y resultados PL y PA en pacientes pediátricos. Materiales y Métodos: estudio multicéntrico, prospectivo y randomizado comparando PA y PL. Desde Mayo de 2007 a Marzo de 2009, se incluyeron 15 pacientes en cada grupo en forma randomizada. Se analizaron datos demográficos, tiempo quirúrgico, complicaciones perioperatorias, analgésicos postoperatorios, score de dolor, tiempo de hospitalización y éxito. La PL se realizó en forma transperitoneal con 3 trócares y la PA con una incisión en el flanco, retroperitoneal. En todos los casos se colocó un catéter ureteral doble J, sonda Foley y drenaje perianastomótico durante la cirugía. Los pacientes recibieron las mismas indicaciones postoperatorias. A los padres a cargo se les pidió que evaluaran el dolor de los niños operados cada 4 horas y completaran una planilla (score de dolor) que las enfermeras no veían. Se utilizó el test de Mann Whitney y test de Fisher para la comparación estadística. Resultados: Los grupos eran similares con respecto a edad, peso y lateralidad. El tiempo operatorio medio fue más largo para el grupo de PL que para el de PA (media 188 vs 65 minutos  $p < .01$ ). El tiempo de internación fue más corto para el grupo de PL con una media de 1.9 vs 2.5 días para el grupo de PA ( $p < .05$ ). El score de dolor fue similar en ambos grupos con una necesidad de analgésicos postoperatorios significativamente más alta en el grupo de PA. El requerimiento medio de morfina fue de 1,7 mg/kg vs 0.06 mg/kg en el grupo de PA y PL respectivamente ( $p < .01$ ). Hubo 4 complicaciones en el grupo de PL y 3 en el de PA. No hubo necesidad de transfusiones en ningún paciente. En una media de seguimiento de 16 meses no hubo recidivas de estenosis pieloureteral. Conclusiones: el procedimiento de PL fue más largo que el de PA. Ambos procedimientos tuvieron la misma efectividad y tasa de complicaciones pero los pacientes que tuvieron PL necesitaron menos narcóticos postoperatorios y tuvieron una hospitalización más corta.

## **INMUNODEFICIENCIA SUBCLASE INMUNOGLOBULINA G. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

### **PEDIATRÍA**

Buschiazzo R, Bianco C, Melger F, Iseppi D, Dantagnan F. Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Existen cinco clases de inmunoglobulinas: IgG, IgA, IgM, IgD e IgE. La clase IgG se encuentra compuesta por cuatro diferentes subtipos de moléculas IgG llamadas subclase IgG. A los pacientes que sufren de infecciones recurrentes por la falta de uno o más subclases de IgG, pero que tienen los demás niveles de inmunoglobulinas normales, se dice tienen una deficiencia subclase IgG selectiva. La misma ocurre con mayor frecuencia en niños que en adultos y se manifiesta generalmente como infecciones recurrentes de oído, sinusitis, bronquitis y neumonía.

A pesar de que muchos niños parecen sobrepasar la deficiencia al nacer, para aquellos en los que esta persiste, el uso de antibióticos y terapia de reemplazo con gammaglobulina puede prevenir las infecciones graves e invalidantes. Objetivos: Describir un caso de inmunodeficiencia subclase IgG selectiva, realizar una breve revisión de la literatura y resaltar el papel del médico pediatra en su correcto diagnóstico y manejo multidisciplinario. Métodos: Revisión de historia clínica y bibliográfica. Caso clínico: Niña de 19 meses de edad que presenta reiteradas internaciones a partir de los 6 meses de vida. Los motivos de los mismos abarcan enfermedades generalizadas de la piel, infecciones respiratorias recurrentes y desnutrición. Luego de la sospecha de inmunodeficiencia se constata dosaje de IgG totales normal y déficit de la subclase IgG2 (< 0,07), IgG3 (<0,05) e IgG4 (<0,02) mediante inmunodifusión radial. Conclusiones: La deficiencia subclase IgG selectiva debe tenerse presente en cualquier paciente con infecciones respiratorias reiteradas, aun con valores de IgG totales normales. Recordar que a pesar de que muchos niños jóvenes parecen sobrepasar sus deficiencias subclase IgG conforme crecen, es importante reevaluar al paciente para determinar si la deficiencia se encuentra aun presente.

Intentar un diagnóstico rápido y trabajar en forma interdisciplinaria para instaurar el tratamiento adecuado.

## **SÍNDROME DE KAWASAKI REFRACTARIO AL TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA ENDOVENOSA.**

Buschiazzo R, Mehaudy R, Lucarelli L, Erb MA, Zich S, Comezaña C.

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

Introducción: Se trata de una niña de cinco meses, a quien se diagnostica Enfermedad de Kawasaki (EK). Inicia tratamiento con Inmunoglobulina endovenosa (IGIV) y aspirina (AAS), a pesar de lo cual desarrolla aneurismas coronarios y fiebre persistente con recrudescencia de sintomatología, reactantes de fase aguda y aparición de Bcgeitis, que nos hacen sospechar, luego de tres ciclos de IGIV, la refractariedad al tratamiento y la necesidad de utilizar pulsos de corticoides a altas dosis, logrando así frenar la respuesta inflamatoria. Objetivos: Describir un caso clínico que ha sido refractario al tratamiento con IGIV. Presentar manifestaciones atípicas de la Enfermedad de Kawasaki. Brindar opciones terapéuticas ante EK refractaria al tratamiento con IGIV. Aspectos metodológicos: reporte de un caso. Conclusiones: Alrededor del 10% de los pacientes con EK, no responden al tratamiento inicial con IGIV. El fracaso terapéutico se define como fiebre persistente o recurrente de 36 hs o más después de terminar la infusión inicial con IGIV. La mayoría de los expertos opinan en repetir la dosis de IGIV, en cambio no hay acuerdo sobre cómo tratar a los pacientes con EK verdaderamente refractaria a la IGIV. Las opciones terapéuticas son una tercera dosis de inmunoglobulina o pulsos de corticoides, ya que demostraron disminuir la fiebre y los parámetros inflamatorios. Existen otros tratamientos alternativos, como anticuerpos monoclonales o agentes citotóxicos pero todavía no hay evidencia de que sean realmente efectivos.

## **GLOMERULONEFRITIS AGUDA ASOCIADA A ENFERMEDAD PULMONAR POR MYCOPLASMA NEUMONIAE Y TÍTULOS ELEVADOS DE ASTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Buschiazzo R, Meo M, Alconcher L, Meneguzzi MB, Benvenuti M L, Jugo M, Mehaudy R, Facchini M.

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

Introducción: La glomerulonefritis aguda (GNA) post infecciosa en niños, es usualmente secundaria a infección por Streptococo B Hemolítico del Grupo A. La infección por Mycoplasma Neumoniae es una causa infrecuente de nefritis aguda y se puede manifestar simultáneamente con síntomas pulmonares. El diagnóstico se establece por la presencia de IgM e IgG por IFI o ELISA. El compromiso extrapulmonar de

la infección por *Mycoplasma Neumoniae* ocurre en el 25% de los casos, con un tiempo variable de aparición y que puede ser posterior a la enfermedad respiratoria o presentarse incluso en ausencia de ella. **Objetivos:** Presentar caso clínico de un paciente con patología respiratoria y GNA postinfecciosa. **Caso clínico:** Se trata de una niña de 8 años, que ingresa con cuadro febril, marcada dificultad respiratoria y síndrome nefrítico (hematuria microscópica, HTA, oliguria, edema generalizado, caída del filtrado glomerular e hipocomplementemia). Se realiza Rx de torax donde se observa infiltrado pulmonar bibasal. Debido a estas imágenes, se solicita serología para *Mycoplasma*; IgM positiva, se realiza par serológico IgG con títulos en aumento. Ante la sospecha de GNA post infecciosa, se solicita ASTO (título 6780 UI/ml). Realiza tratamiento antibiótico con macrolidos con buena respuesta clínica, normaliza parámetros de laboratorio y función renal. **Conclusiones:** En países desarrollados el *Mycoplasma Neumoniae* es el responsable del 15 a 20 % de los casos de neumonía de la comunidad y de aproximadamente el 18 % de las neumonías que requieren hospitalización en niños. La patogenia permanece incierta, se especula que las lesiones renales se deben a la presencia del MN en el parénquima renal. Otra hipótesis está basada en una reacción inmune contra el glomérulo, dado que se han detectado Ac anti MN por IF en el glomérulo. Una tercera hipótesis está basada en inmunocomplejos circulantes.

ingresa al hospital en grave estado general, con dificultad respiratoria, cianosis peribucal, sin respuesta a estímulos. **Laboratorio:** Gb:22.600, Na:152, K:3,7, Cl 118, Glu:64, Urea 0,64, Cr 1,48, Ph 7,23; Pco2 33 mmHg, HCO3:13, 7 mm/l, CPK: 54518 UI/l. Orina: oscura, positiva para sangre en tirrilla reactiva, con sedimento urinario sin la presencia de hematíes. Ingresar con oliguria y edemas. La IRA revierte lentamente con el aporte endovenosos de líquidos. Pocos días después del alta, reingresa con un cuadro clínico similar, deshidratación e hipertermia con CPK de 78.542 ui/L, uremia:138 mg/%, creatinina 1,28, plaquetas 776.000, Na:148. K:4. Mejora con plan de hidratación enérgico. **Conclusiones:** Las causas que se asocian con Rbdomiolisis y Mioglobinuria son varias, como miopatías estructurales hereditarias, drogas toxicas, traumas, infecciones virales (influenza) y ejercicio intenso. El presente caso clínico ofrece varios factores de riesgo para el desarrollo de rbdomiolisis e IRA. Se trata de un paciente con parálisis cerebral alimentado por botón gástrico, que experimenta un golpe de calor en su hogar, alimentado con licuados sin el aporte de agua libre, con pérdida de líquidos por vómitos e hipertermia, desencadenando una deshidratación hipernatémica. La utilidad diagnóstica de la enzima CPK permite dilucidar cualquier entidad con sospecha de rbdomiolisis permitiendo un tratamiento precoz.

### **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RBDOMIOLISIS.**

Buschiazzo R, Luca Moreno A, Facchini M, Loto M.  
Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna».  
Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Rbdomiolisis significa lisis de las células de los músculos esqueléticos. Es un Síndrome clínico que puede asociarse a dolor, rigidez, hinchazón y debilidad muscular. Si es severa pueden estar ausentes los reflejos de tendones profundos. Los hallazgos de necrosis de los músculos esqueléticos pueden confirmarse por la detección del contenido de las células musculares en suero u orina, es decir creatin fosfocinasa (CPK), aldolasa, deshidrogenasa láctica, transaminasa glutámico-oxalacética, electrolitos (fósforo, potasio) o mioglobina. El pronóstico lo marca la gravedad de la insuficiencia renal aguda (IRA). **Objetivo:** Analizar las causas, formas de presentación clínica y tratamiento de la IRA secundaria a rbdomiolisis. **Aspecto metodológico:** Revisión de historia clínica. **Resultados:** Niño de doce años con discapacidad severa por parálisis cerebral, secundario a sepsis neonatal por E.Coli, requiriendo a los 7 días de vida reanimación por paro cardio-respiratorio y asistencia respiratoria mecánica inmediata. El 22/01/2010



## Registro de Tumores

### **ARMONIZACION DE LOS REGISTROS DE CANCER EN SUD Y CENTRO AMERICA: UN IMPORTANTE DESAFIO PARA LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE REGISTROS DE CÁNCER Y OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES.**

Laura E

Registro de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Los Registros Poblacionales de Cáncer son importantes herramientas para el control del cáncer y la investigación. Los países desarrollados fueron creando Registros a partir de 1928. En América del Sur el más antiguo es el de Cali en Colombia (1952). Los registros que alcanzan adecuada calidad de datos son incluidos en la publicación de la OMS «Incidencia de Cáncer en 5 Continentes». En la IX y última Edición sólo fueron incluidos datos de 11 Registros de América del Sur y A. Central. Objetivo: Reseñar los esfuerzos emprendidos por la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC-OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IACR) para enfrentar el problema y generar el cambio de ideas que pueda colaborar para mejorar la información en cáncer en nuestro país y nuestra Región. Material y Métodos: Se relatan las principales conclusiones de las Reuniones Internacionales convocadas por la IARC en Julio de 2007 y las organizadas por OPS y IARC en Abril y Octubre de 2009. En ellas fueron convocados representantes de registros de la Región y funcionarios de los gobiernos. Previo a la primer Reunión se remitió un cuestionario a los registros. Resultados: Los resultados de esta encuesta revelaron que las dificultades que enfrentan los registros son: falta de recursos económicos; poca comprensión por parte de los profesionales de la importancia de los registros de cáncer para el control de la enfermedad; dificultades en la obtención de datos y carencia de Programas de Control de Cáncer consistentes. Las conclusiones finales de las reuniones se condensaron en un documento denominado «Recomendaciones de Brasilia» donde se pone énfasis en que el Registro de Cáncer debe trabajar integrado al Sistema de Salud y debe garantizarse los recursos económicos para asegurar su continuidad. Discusión y Conclusiones: Estamos convencido de que para lograr un impacto efectivo, sería necesario que la misma OMS se involucre en forma directa como lo hizo en el problema del Tabaquismo con la propuesta del Convenio Marco. Si para el Control del Cáncer se usara una estrategia parecida, redactando una propuesta básica de Ley para ser estudiada por

### **ARMONIZACION DEL REGISTRO DE CÁNCER DE BAHIA BLANCA CON LA SOCIEDAD: UN PROCESO QUE LLEVO 20 AÑOS.**

Laura E, González MS, Lioncavallo P, Panis K, Dosso N, Paz M.

Registro de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Los Registros de Cáncer de Base Poblacional permiten conocer la real incidencia de la enfermedad, las tendencias y la sobrevida. Se los considera el pilar fundamental de los Programas de Control de Cáncer. Numerosos países han aprobado leyes o actas nacionales de Control de Cáncer con lo que las funciones de los Registros se han comprendido mejor. En Argentina se carece aún de una Ley de Control de Cáncer Sin embargo en los últimos 7 años se han desarrollado Registros en diversas provincias.

Objetivo: Reseñar la evolución del Registro señalando las fortalezas que han permitido una mayor inserción en la comunidad y las debilidades del mismo.

Metodología: Reseña retrospectiva en base a la experiencia vivencial de los protagonistas

Resultados: Entre las debilidades hay que señalar que los profesionales de la salud están más preparados para asistir a los pacientes que para prevenir las enfermedades por lo que no es fácil para ellos entender el sentido de un Registro de Cáncer. A los efectos del funcionamiento del Registro, la existencia de un Sistema de Salud heterogéneo dificulta grandemente la búsqueda de los datos. Finalmente, la falta de presupuesto motivó durante los primeros 20 años una gran dificultad para retener profesionales y técnicos. Entre las principales fortalezas de este Registro señalamos la continuidad del apoyo de la Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer, una ONG creada en 1986; la convicción y continuidad del grupo que lideró la iniciativa; el apoyo y también la solicitud de colaboración por parte del Ministerio de Salud de la Nación y más recientemente la Municipalidad de Bahía Blanca. Esta última encomendó al Registro un estudio de Riesgos de Cáncer en barrios vecinos al Polo Industrial. Los primeros resultados de este estudio efectuado con el Instituto Nacional de Epidemiología brindaron una cierta tranquilidad y reforzaron el entendimiento de la utilidad del Registro. Otras fortalezas son las Reuniones Nacionales de la Asociación Argentina de Registros de Cáncer en que el Registro de Bahía Blanca tuvo un rol protagónico logrando el apoyo del Departamento de Ciencias de la Salud de la UNS. Conclusiones: En el presente estas fluidas relaciones de colaboración con la Municipalidad, la Universidad, así como con el Ministerio de Salud de la Nación, pueden significar la continuidad del trabajo del

Registro que es una de las condiciones fundamentales para que pueda ser útil a la Sociedad.

### **DIFERENCIAS EN LA INCIDENCIA DE CÁNCER EN ALGUNAS PROVINCIAS ARGENTINAS. ESTUDIO PRELIMINAR.**

González MS, Laura E, Prince m, Rubio C, Vilor M, Kowalyszyn R, Hechenleitner P, Lioncavallo P, Dosso N, Paz M, Panis K. Registro de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Argentina es un país muy extenso, con grandes diferencias socioeconómicas entre las distintas provincias y aún dentro de las mismas. La mitad de la población vive en provincias ricas como Buenos Aires, Santa Fé, Córdoba y Mendoza. Otras como Chaco, La Pampa, Río Negro y Entre Ríos son más pobres y con menos acceso a los Sistemas de Salud y a la Prevención. También tienen una proporción importante de población aborigen. Objetivos: Presentar los principales datos de 5 Registros de Cáncer de Argentina. El conocimiento de los diferentes modelos de cáncer en las diferentes regiones ayudará a desarrollar programas racionales de Control del Cáncer. Metodología: Los 5 Registros siguen las normas de la Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer de la OMS. Resultados: Hemos considerado los datos de Río Negro (RN), Entre Ríos (ER), ambos 2001-2005, Chaco (Ch) y Tierra del Fuego (TF) (2003-2007) y nuestros datos parciales de la misma época en Bahía Blanca (BB). Entre los hombres, la posición más alta está dada por próstata en BB, RN (37,3 tasa incidencia estandarizada, tem) y ER (40,1), seguido por el cáncer de pulmón en RN (26,8) y ER (35,9) y por colon-recto en BB. En Ch y TF la primera posición es para el cáncer de pulmón (37,4 y 46,9), seguido de próstata en Ch (23,4) y por colon-recto en TF (33,9). Entre las mujeres, el primer lugar es para el cáncer de mama en todas las provincias RN 57,6; ER 60,4; Ch 49, y TF 67,4; en BB representa el 38%), seguido por colon-recto RN 17,5; ER 20,0; TF 19,1, excepto en Ch. donde cuello uterino ocupa la segunda posición (29,7) en contraste con RN 17,3, ER 13,7, TF 16,5 y BB (7,3%: proporción similar que nuestros datos anteriores: tem:16). Discusión: Según estos datos preliminares, las principales diferencias que hemos encontrado son en cáncer de cuello uterino, que en Ch (la más pobre entre las provincias en cuestión) tiene un 29,7 tem; cáncer de pulmón ocupa el primer lugar en la población masculina de las provincias más pobres (Ch, TF) y en Bahía Blanca este tipo de cáncer está en la 3ª posición. Conclusión: Estas diferencias (y otras no mencionados aquí) deben tenerse en cuenta en el futuro para mejorar la prevención del cáncer cervicouterino y en programas de Control del Tabaco en estas provincias.

## Salud Pública

### LA SALUD PÚBLICA COMO ESCENARIO DE CONSTRUCCIONES COLECTIVAS EN LA ATENCION.

Biera A, Lezcano S, Videla N.

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

El objetivo de esta presentación es compartir la sistematización de experiencias de abordaje inter y transdisciplinario en el ámbito de la salud pública, que toma la forma de una propuesta metodológica de trabajo. Inspirada en la línea conceptual que propone el grupo de investigación de Ana María Fernández, la construcción colectiva que incluye la participación activa de la población se plasma y a la vez requiere de un espacio/tiempo material y simbólico como condición sine qua non. Por lo cual ha sido necesario generar oportunidades de encuentro para dialogar, reflexionar y consensuar decisiones entre todos los actores que participan. Como así también pensar distintas intervenciones posibles y la manera de concretarlas delimitando su viabilidad que consiste en entrelazar aquello que se quiere con lo que se puede en un momento dado. A su vez ha requerido la revisión de las posibilidades profesionales de respuesta, encuadre, y el trabajo de ir ubicándonos en relación al otro. Un otro que es partícipe interpelándonos, exigiendo que nos despeguemos y corramos de modelos que tienen su anclaje en el imaginario social, constituyéndose como «ideales» de familia, de madre, de padre y de las «únicas» vinculaciones deseables. Encuadrados en el *socioanálisis* de Bourdieu, que apunta a una escucha atenta del relato del otro se propiciaron varias instancias en donde dar lugar a su palabra y a la expresión de lo que quiere. Este discurso que, atravesado por sus representaciones, sus vivencias, sus condiciones de vida cotidiana, su vinculación familiar-social-institucional, sus recorridos, se ha vuelto una oportunidad para repensar y resignificar la propia historia. Esta modalidad que supone pensar, crear estrategias alternativas, construir dispositivos o recrear los ya establecidos, utilizar los recursos existentes o gestionarlos, realizar acuerdos, tener en cuenta la complejidad y singularidad de cada situación puede parecer una tarea difícil o imposible. Pero aunque la *reificación* de algunas formas de intervención de los equipos de salud ha conducido a la búsqueda de soluciones rápidas- por un lado, para demostrar eficiencia en la resolución de conflictos, y por otro para abocarse inmediatamente a otro problema- hemos trabajado y seguimos trabajando con la convicción de que todavía hay muchas rupturas posibles para avanzar en dirección a la construcción colectiva en salud pública.

### DE INSTITUCIONES Y PADECIMIENTOS.

González Pieroni MJ, De Arriba JP, Bucciarelli MC, Cottier MI, Antonini N, Fiore P, Carballo F, Prado Y, Villar M. Residencia de Psicología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Insanos, dementes en sentido jurídico, psicóticos y locos, tienen en nuestro sistema un destino similar. No sólo los aqueja un padecimiento subjetivo, sino que éste se enreda con condiciones de pobreza que complejizan su situación. Nuestra sociedad no tiene un lugar que no sea marginal para el que no produce y no se adapta al régimen de éxito y progreso que ésta propone. Ofrece, en cambio, instituciones para ocuparse de ellos: hospitales, tribunales, salas médicas, hogares sustitutos y otros espacios que acaban marcándolos como deficientes y asistidos. El panorama descrito hasta aquí, es una realidad que observamos en nuestra experiencia de rotación por los distintos dispositivos del Servicio de Salud Mental. En nuestra práctica nos hemos encontrado con ciertos factores que, sin estar estrictamente vinculados a rasgos psicopatológicos, influirían en el potencial de rehabilitación de los sujetos que consultan. Dichos factores son de orden social, político, económico, familiar o cultural y, al combinarse con los diferentes cuadros de padecimiento subjetivo, contribuyen a la vulneración de derechos y a la activación de circuitos de violencia implícitos en ciertos procedimientos de nuestra práctica. Objetivos: Nos planteamos como objetivo de este trabajo rastrear y explicitar dichos factores. Nos proponemos también investigar algunas concepciones y prácticas surgidas históricamente en el campo de la llamada «enfermedad mental». Rastreadremos qué aspectos de dichas concepciones y prácticas consideramos que se mantendrían aún vigentes, solapados en nuestro quehacer y en las políticas de salud en las que se enmarca. Focalizaremos nuestro análisis en la visibilización de la violencia implícita, cotidiana y naturalizada que vehiculiza nuestro sistema.

## Unidad de Terapia Intensiva

### PRESENTACIÓN DE UN CASO DE POLIARTERITIS NODOSA ASOCIADA AL VIRUS DE HEPATITIS B

Haurat P, Alo V, Bustos Bertoldo JA, Fuhr Stadler ME, Mele JI, Venafri R, Salvarezza E, Bernardis V, Wallace W. Servicio de Terapia Intensiva de Adultos. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

Introducción: La Poliarteritis Nodosa, es una complicación no usual de Hepatitis B (HBV) crónica, presente entre el 1 - 5 % de los pacientes y observándose la positivización del HBVsAg en un 40-50% en pacientes con PAN. Objetivo: Describir las complicaciones, tiempo transcurrido desde la positivización del VHB Age hasta la aparición de las complicaciones y tratamientos. Material y métodos: Análisis de un caso clínico. Masculino de 26 años, con HBV crónica, HCV que comienzo con dolor abdominal y pérdida de peso 20 días antes. Se interna en Clínica Médica, solicitan laboratorios, ecografía abdominal y FEDA. Luego se toma biopsia de un ganglio mesentérico. Al 11º día ingresa a U.T.I. por insuficiencia respiratoria aguda con posterior falla orgánica múltiple sin respuesta al tratamiento instaurado con lamivudina, ciclofosfamida, corticoides; evolucionando con shock refractario a inotrópicos, Obita el día 20º. Resultados: Falla renal, cardíaca, respiratoria, hepática y hemodinámica en menos de 1mes del comienzo de los síntomas. Positivización del Ag e HBV durante su internación. Se trató con inmunosupresión y antivirales. Conclusiones: 1) Las alteraciones inmunológicas de la PAN vinculadas con el virus de la hepatitis B ocurren usualmente en los primeros 6 meses de contraída la infección. 2) No existe una prueba de diagnóstico de laboratorio para la PAN. 3) Control periódico de las transaminasa, ante un viraje solicitar DNA HBV, Ag e HBV, Ac anti e HBV. 4) Presenta más de tres criterios de diagnóstico de la American College of Rheumatology para la PAN, como la afectación del sistema cardiovascular (hipertensión arterial, pericarditis e insuficiencia cardíaca, renales (hematuria, proteinuria e insuficiencia renal), gastrointestinales (dolor abdominal y vasculitis mesentérica), musculoesqueléticas (artralgias y artritis), neurológicas (mononeuritis) y dermatológicas.

### INTOXICACIÓN POR ESCOPOLAMINA. PRESENTACIÓN DE UN CASO:

#### TERAPIA INTENSIVA R3

Aló, MV; Bustos Bertoldo JA, Fuhr Stadler ME, Haurat P, Mele JI, Pellido L.

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

Introducción: El floripondio, actualmente *Brugmancia arborea*, es una planta tóxica, de la cual se consumen las flores; contiene en mayor proporción escopolamina. La intoxicación con este agente puede dar un cuadro clínico caracterizado por alucinaciones, hipnosis y efectos anticolinérgicos: taquicardia, midriasis, sequedad de mucosas, rubicundez y excitación psicomotriz.

Objetivos: Ilustrar mediante la presentación de un caso clínico los efectos de la intoxicación con floripondio y su tratamiento. Caso clínico: Paciente de 19 años de edad sin antecedentes patológicos de relevancia que fue derivado desde Tornquist donde recibió la atención inicial tras haber ingerido infusión elaborada con flores de floripondio. Ingresó a Emergencias con excitación psicomotriz, taquicárdico y febril; presentó deterioro del sensorio, con un Glasgow 7/15, con reflejo fotomotor abolido, por lo que se decidió su ingreso a UTI con intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Evolucionó con bradicardia, acidosis metabólica con Bicarbonato de 16,5 mEq/l y GAP de 20 y valor de CPK de 1442. El tratamiento inicial incluyó plan de hidratación parenteral amplio, manitol e infusión de Fisostigmina. Evolucionó con cuadro de neumonía aspirativa por lo cual se inició tratamiento antibiótico empírico con Ampicilina-Sulbactam. A las 72 horas de haber ingresado a Terapia Intensiva, el paciente logró destete de ARM y 48 horas más tarde pasó a Terapia Intermedia. A lo largo de los días de internación logró mejorar la acidosis metabólica y los valores de CPK. Conclusiones: 1) Mostrar un cuadro de intoxicación por una droga de abuso poco habitual pero de fácil acceso. 2) El cuadro clínico de sobredosis por floripondio incluye vasodilatación cutánea, anhidrosis, hipertermia, midriasis arreactiva y cuadro de delirio y alucinaciones. También se puede presentar con taquicardia, que es el signo más temprano y más confiable de intoxicación por anticolinérgicos, y disminución o ausencia de ruidos hidroaéreos. 3) Los pacientes intoxicados con escopolamina se pueden recuperar con tratamiento de soporte o utilizando el antídoto específico: Fisostigmina. Ésta se indica cuando hay manifestaciones de toxicidad periférica y central moderada a severa, con agitación y delirio, como se observó en nuestro paciente. 4) La respuesta a la administración de fisostigmina es también diagnóstica.

## **PRESENTACIÓN DE UN CASO DE SME. DE BOERHAAVE «ATÍPICO».**

Bustos Bertoldo JA, Aló MV, Haurat P, Fuhr Stadler ME,  
Mele JI, Wallace W, Venafri R.

Servicio de Terapia Intensiva de Adultos, Hospital Interzonal  
«Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

Introducción: El Síndrome de Boerhaave es una patología potencialmente letal que implica la ruptura espontánea del esófago. Objetivos: describir una patología poco frecuente, de alta mortalidad, su diagnóstico y tratamiento posible. Material y métodos: Análisis de un caso clínico. Varón de 35 años de edad, con antecedentes de consumo de tóxicos varios, traído a la guardia por vómitos con restos hemáticos, dolor abdominal, temblores, taquicardia, excitación psicomotriz y fiebre. Se interpretó inicialmente como un síndrome de abstinencia alcohólica y se internó en sala de Clínica Médica. Posteriormente presentó mayor dificultad respiratoria y alternancia en el nivel de conciencia. Pasó a U.T.I., taquicárdico, taquipneico, vigil, con dolor abdominal difuso, RHA +, sin reacción peritoneal. Se realizó acceso venoso central subclavio izquierdo. La radiografía de control evidenció neumotórax izquierdo por lo que se colocó avenamiento pleural. Por mala mecánica ventilatoria y depresión del sensorio, se realizó intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica (A.R.M.) 24 horas más tarde una Rx de tórax mostró radioopacidad en base derecha. Se realizaron cultivos y se inició tratamiento ATB. Ecografía torácica mostró derrame pleural derecho, el cual se punzó, compatible con empiema. Se colocó tubo de avenamiento pleural derecho. Al 6° día se evidenció salida de material purulento por el avenamiento pleural izquierdo. Ante la sospecha de fístula esófago-pleural, se pasó azul de metileno por SNG y se observó la salida del mismo por el tubo de avenamiento pleural izquierdo. Se realizó gastrostomía. Permaneció en ARM durante 20 días, se dio de alta el día 22°. Discusión y conclusiones: La ruptura esofágica es una patología infrecuente, de alta morbilidad y mortalidad. El paciente fue inicialmente interpretado como un Síndrome de abstinencia alcohólica seguido de una infección respiratoria por broncoaspiración, con la complicación de un neumotórax tras la colocación de un acceso venoso central. No fue hasta que se tomó muestra del líquido pleural y tomando en cuenta el antecedente de vómitos hemáticos al ingreso, que se consideró la posibilidad de un Síndrome de Boerhaave.



## Índice alfabético de Autores

Aberto MA	49	Giménez F	31
Acrogliano PL	48	Giussani JP	31
Alberto M	48, 48	Gómez Fredes P	41, 41, 41
Alconcher L	44, 44, 45, 53, 54	Gómez Giménez E	41, 41, 41
Aló MV	59, 59, 60	Gómez LC	51, 52
Alvarez A	32	González ML	43
Alvarez C	29, 29, 30	González MS	56, 57
Alvarez M	43	González Pieroni MJ	58
Antonini N	58	González V	35
Arévalo J	52, 52	Gonzalez Yebra A	46
Arzuaga M	32	Graff N	42,42
Baliña G	39	Haurat P	59, 59, 60
Barrio JP	33, 34, 34, 35	Hechenleitner P	57
Bécares A	39	Henales MC	32
Beccacece M	37	Hidalgo F	32
Benítez MD	32	Iseppi D	54
Benozzi S	28, 29, 30	Jugo M	54
Benvenuti ML	43, 54	Koller P	37, 38
Bernardis V	59	Korsunsky R A	40
Biancalana M	37, 37, 38, 39	Kowalyszyn R	57
Bianco C	54	Lamot GO	48, 49, 49
Biera A	46, 58	Laura E	56, 56, 57
Blasco J	51, 52, 52	Lazzarini P	37
Brazda G	46	Lezcano S	58
Bucciarelli MC	58	Liernur G	32
Budassi N	33, 34, 34, 35, 35	Lioncavallo P	56, 57
Buschiazzo R	54, 54, 54, 55	López JC	53
Bustos Bertoldo JA	59, 59, 60	Loto M	55
Campos V	39	Luca Moreno A	55
Carballo F	58	Lucarelli L	54
Cardozo C	51	Mansilla E	32
Casatti M	43	Mariani VA	30
Comezaña C	35, 54	Martín Arrieta G	51
Corbetta JP	53	Martínez C	43
Cotlier MI	58	Matoso M	40
Cura G	33, 33, 34, 34, 35	Mehaudy R	35, 54, 54
Dantagnan F	54	Melatini G	51
De Arriba JP	32, 58	Mele JI	59, 59, 60
Deguer C	47	Melger F	54
Devaux ME	32	Mene JM	48, 49, 49
Di Cianni M L	32	Meneguzzi MB	44, 45, 53, 54
Di Nardo L	43	Meo M	54
Díaz L	46	Mercado SL	32
Dingevan R	53	Moya C	34, 34, 35
Dosso N	56, 57	Moyano Pieroni MJ	32
Duran V	53	Muller U	41, 41, 41
Echegaray A	41, 41, 41	Murgoitia I	31
Erb MA	54	Onetto L	33, 33, 34, 34, 35
Facchini M	54, 55	Panelli E	51
Fernández Ichoust M	48, 48	Panelli E	37, 52
Fernández Keller P	33	Panis K	56, 57
Fiore P	58	Pavone Z	42, 42
Fuhr Stadler ME	59, 59, 60	Paz M	56, 57
Gallard C	40	Pellido L	59
Garrotte K	35	Pennacchiotti G	28, 29, 29, 30
Giacomolli S	43	Pérez J	51
Gigola G	51	Perruzza F	29, 29, 30
		Pezzano M	43

---

Piaggio L	44, 45, 53, 53
Piaggio N	53
Picorel J	41, 41, 41
Pierucci A	42
Pineyro Testa M	42
Pintos J	32
Piñeiro Testa M	42
Piumatti F	48, 48, 49, 49
Pons M	51
Prado Y	58
Prince M	57
Ramallo G	33, 33, 34, 34, 35
Rizzo M	43
Rocca F	33, 33, 34, 34, 35
Rodríguez G	31
Rodríguez N	32
Romero S	32, 48, 48
Rossini G	32
Rubio C	57
Rudolf G	40
Salinas M	38
Salinas V	37
Salvarezza E	59
Sanchez Bejarano ME	31
Sánchez C	32
Scarano C	33, 33, 34, 34, 35
Schenkel V	43
Schmollinger N	38, 38, 39
Siri N	42
Sola MO	30
Stefanazzi V	52
Stefanazzi VA	31
Tentoni U	42, 42
Tombesi M	44, 44, 45, 47, 53
Trombetta L	46
Ullua N	51
Vallejos R	32
Vega D	41, 41, 41
Venafri R	59, 60
Videla N	58
Villafañe V	51, 52, 52
Villar M	58
Vilor M	57
Wallace W	59, 60
Wisniowski C	38
Wisniowski C	37, 37, 37, 38, 39
Zich S	35, 54
Zuain M	31

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

Trabajos aceptables para su publicación:

Artículos originales: deben incluir :

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