

Editorial

En números anteriores, la revista publicó los resúmenes de los trabajos presentados en las Jornadas Científicas de los hospitales Penna y Lucero correspondientes al año 1995. En ambas ocasiones, editoriales (firmados por el Dr. Marcelo García Diéguez y por el subscripto) expresaron tanta satisfacción por los eventos y por la oportunidad de difundirlos, como esperanzas de continuidad.

La revista editará ahora las comunicaciones a las Jornadas sucesivas desarrolladas durante 1996 en nuestros nosocomios mayores, agregándose también las del Hospital Italiano Regional del Sur.

Tanto material nos ha obligado a desdoblarlo en dos números, aclarándose que la prioridad cronológica no tiene otro motivo que la distribución balanceada del espacio de imprenta disponible.

Trabajo, continuidad y crecimiento.
Buenas noticias por este lado.

Mario Carlos Aggio

PREMIO BIENAL "ANIVERSARIO" DE LA ASOCIACION MEDICA DE BAHIA BLANCA

REGLAMENTO:

- 1) La AMBB ha instituido el Premio Bianual "Aniversario", a los mejores trabajos relacionados con la Medicina.
- 2) Se otorgará cada dos años, y podran acceder a él todos los médicos asociados a la AMBB
- 3) Los trabajos deberán cumplir con los siguientes requisitos:
 - a) haber sido realizados en la ciudad de Bahía Blanca o en el área de influencia de la AMBB
 - b) ser inéditos (excepto que hubieran sido publicados en la revista de la AMBB durante el período correspondiente). Son aceptables también, las comunicaciones a congreso médicos si se ha publicado solamente el resumen.
 - c) ser de tipo "original" conforme a la descripción que figura en Instrucciones para los Autores en la revista de la AMBB, y diagramas siguiendo las normas de publicación de la misma.
 - d) tener un máximo de cuatro autores
 - e) no haber recibido premios con anterioridad
 - f) ser remitidos durante el período bianual establecido por la AMBB. En caso de también ofrecidos para publicación, los autores deberán dejar aclarado que optan al premio.
- 4) El premio consistirá en una medalla de oro al autor principal, y diplomas a los coautores.
- 5) El jurado se compondrá de la siguiente manera: el secretario general, el secretario científico y dos vocales de la Asociación Médica de Bahía Blanca; un representante del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito X y los presidentes de las Sociedades de Cirugía y de Medicina Interna de Bahía Blanca.
- 6) El jurado podrá declarar desierto el premio si considera que los trabajos presentados no reúnen los méritos suficientes.
- 7) No podrán presentarse al premio los miembros de las comisiones directivas en ejercicio durante el bienio en que se adjudica el mismo, ni los que lo hayan obtenido en otra oportunidad.

Este primer premio se otorgará a los trabajos
presentados entre el 1° de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1997.
Por excepción, podrán competir los trabajos publicados en la Revista de la AMBB
siempre y cuando los autores así lo soliciten y reunan el resto de los requisitos.

Lugar:
Asociación Médica de Bahía Blanca
Castelli 213
8000 - Bahía Blanca.

MODULACION BIOQUIMICA DEL 5-FUOROURACILO (5-FU) POR EL METOTREXATO (MTX) Y LECOVORINA (LV) EN PACIENTES (PTS) CON CARCINOMA GASTRICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTASICO: UN ESTUDIO FASE III.

Romero A, Lacava J, Sabatini C, Cuevas M, Dominguez M, Rodriguez R, Barbieri M, Salvadori M, Ortiz E, Leone B, Vallejo C, Machiavelli M, Perez J.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de la modulación del 5-FU por el MTX en cáncer gástrico localmente avanzado (inoperable) y/o metastásico como primera línea de tratamiento. Tasa de respuesta, toxicidad, duración de respuesta y sobrevida.

MATERIAL Y METODO: Entre 3/93 y 10/95, 29 PTS con cáncer gástrico metastásico localmente avanzado ingresaron al estudio. El esquema de tratamiento consistió en MTX 200 mg/m² infusión IV en 20' a la hora 0; 5-FU 1200 mg/m² IV en bolo a la hora 20 y LV (rescate) 25 mg/m² IM c/ 6 hs. por 6 dosis comenzando a la hora 24. Los ciclos fueron repetidos cada 15 días.

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE: Edad media 56 años (32-69); estadio IV: 27 PTS, estadio IIIB: 2 PTS; PS medio (ecog-zubrod) 1 (0-2); sitios metastásicos: hígado 69%, pulmón 7%, hueso 7%, peritoneo 17%, ganglios linfáticos 24%.

RESULTADOS: 29 PTS fueron evaluables para respuesta y 28 PTS lo fueron para toxicidad. Respuestas objetivas: 12/28 (43%); respuesta completa 1/28 (4%), respuesta parcial 11/28 (39%), no cambio 13/28 (46%) y progresión 3/28 (11%). La duración media de respuesta fue 7 m. (3-13), tiempo medio de fallo al tratamiento fue 6 meses (1-25) y sobrevida media 9 m. (1-25). La toxicidad fue anemia 19 PTS (66%) (G1-2 16 PTS, G3 3 PTS), leucopenia 12 PTS (41%) (G1-G2 6 PTS, G3 4 PTS, G4 2 PTS), neutropenia 12 PTS (41%) (G1 2 PTS, G3 5 PTS, G4 5 PTS), trombocitopenia 10 PTS (34%) (G1-2 6 PTS, G3 3 PTS, G4 1 PTS), mucositis 16 PTS (55%), émesis 18 PTS (62%), diarrea 10 PTS (34%), dermatitis 5 PTS (17%), infección fue vista en 3 PTS (G1 1 PTS, G3 1 PTS y G4 1 PTS), hemorragia G1 1 PTS. Se observó 1 muerte relacionada con el tratamiento debido a leucopenia, neutropenia, infección y hemorragia.

COMENTARIO: La modulación bioquímica del 5-FU por MTX y LV es un régimen activo en cáncer gástrico localmente avanzado y/o metastásico con

aceptable toxicidad.

Grupo Oncológico cooperativo del Sur (G.O.C.S.). República Argentina.

CORRELACION CITOHIISTOLOGICA EN PATOLOGIA CERVICAL ANALISIS DE LA SITUACION EN LOS ESTUDIOS DE LAS UNIDADES SANITARIAS (U.S.) ENTRE 6/95 Y 8/96

Cabido A, Suttora V, Torres A.

OBJETIVO: Evaluar la correlación diagnóstica entre los extendidos de Papanicolaou (Pap) y la correspondiente biopsia y/o cono de los casos positivos de U.S. entre 6/95 y 8/96.

MATERIALES Y METODOS: Los Paps realizados en dicho período suman 2809 con un total de 61 casos positivos. Para establecer la correlación tuvimos en cuenta sólo aquellos casos en los cuales se han agotado todos los pasos de estudio pertinentes (citología, colposcopia, biopsia, legrado endocervical y/o cono). De los 61 casos positivos, 35 son a la fecha los que han completado todos los pasos.

RESULTADOS:

- De los 35 casos positivos por Pap, 34 fueron confirmados por biopsia y/o cono, resultando el caso restante un falso positivo. Esto nos da una sensibilidad del 97%.

- De los 34 casos confirmados, 25 tuvieron correlación diagnóstica citohistológica y 9 no. En base a estos datos obtuvimos una sensibilidad diagnóstica del 74%

- Entre las causas que afectan la sensibilidad diagnóstica encontramos la ausencia de células endocervicales y/o metaplásicas y los errores de interpretación.

CONCLUSIONES:

- Encontramos una importante sensibilidad (97%) en la detección de lesiones de cuello uterino por medio del test de Papanicolaou.

- La sensibilidad diagnóstica fue del 74%, evidenciando la importancia de la toma de células endocervicales y/o metaplásicas (zona de transformación) y los errores de interpretación citológica.

- Tanto la sensibilidad del método como la sensibilidad diagnóstica encontradas concuerdan con los datos reportados en los Congresos de citología y en la bibliografía internacional.

Servicio de Anatomía Patológica.

CITOLOGIA SERIADA DE ESPUTO: ANALISIS DE LA SITUACION EN ESTE HOSPITAL

Cabido A.

OBJETIVO: Estudiar los resultados de la citología seriada de esputo realizadas entre el 1/5/94 y 30/4/96 para analizar la situación de dicho procedimiento en este hospital.

MATERIAL Y METODO: Se revisaron todos los protocolos de solicitud de estudio e informes obteniendo: edad, sexo, diagnóstico clínico y citológico. A su vez se calificó a la muestra como adecuada o no en base a la presencia o ausencia de macrófagos alveolares.

RESULTADOS: - Se revisaron un total de 176 estudios.

- La cantidad por sexos fue de entre 80-85% para hombres y 15-20% para mujeres

- La edad promedio fue en descenso, con 61.5 años para 1994; 59.7 para 1995 y 49.3 para 1996.

- Las muestras inadecuadas oscilaron entre el 13.8% (1995) y el 28.5% (1996) con una $p > 0.10$ y $p < 0.25$. La p resulta no significativa porque la muestra de 1996 es pequeña (toma sólo los cuatro primeros meses). Pero si extendemos la misma hasta finales de setiembre encontramos un 34% de muestras inadecuadas con una $p < 0.01$.

- No se especificó la calidad de la muestra en cerca de 40% de los estudios.

- La muestra fue adecuada en el 38.5% en 1994; 31.9% en 1995; y 19% en 1996.

- El total de los casos informados como positivo fue de 16/176, encontrándose entre ellos 6 casos con "células sospechosas para neoplasia" y teniendo un paciente de dos muestras.

CONCLUSIONES: - Se encontró un importante predominio de estudios realizados en hombres.

- La edad promedio de los pacientes sufrió un importante descenso.

- Hay un significativo incremento de las muestras no satisfactorias entre el año 1995 y 1996 (tomando hasta setiembre inclusive).

- En el diagnóstico no se especificó la calidad de la muestra en cerca del 40% lo cual dificulta la evaluación de esta técnica. Sería importante revertir esta situación para hacer una cabal apreciación de los resultados.

- El total de casos positivos es cercano al 10%, sufriendo una significativa disminución si dejamos de lado los casos informados como "sospechoso para neoplasia" (6/16).

Servicio de Anatomía Patológica

EVALUACION DE LA PRACTICA TRANSFUSIONAL

**Esandi M, García Dieguez M, Bartomioli M,
Aggio M, Larregina A, Maroun C.**

OBJETIVO: El principal problema relacionado a las transfusiones sanguíneas es su sobreutilización. Por esta razón se realizó un estudio para determinar si en nuestra institución, la indicación de la terapia transfusional es adecuada.

MATERIALES Y METODOS: Se tomaron como elegibles los episodios transfusionales registrados en el Servicio de Hematología durante un período de 4 meses y se seleccionaron al azar 135 historias clínicas de distintos servicios clínicos y quirúrgicos. Se consideró como criterio de exclusión la ausencia de datos en historia clínica relacionados con la terapia transfusional. Tres especialistas fueron los responsables de determinar si cada episodio fue justificado o no en base a los criterios corrientes en las sistemáticas de diferentes instituciones internacionales.

RESULTADOS: Se seleccionaron 135 historias de las cuales 41 (30,4%) fueron excluidas por no poseer registro alguno vinculado con el episodio transfusional. De los 94 episodios restantes 64 (68%) pertenecían al departamento clínico y 31 (32,9%) a cirugía. Por el acuerdo de dos o tres especialistas fueron consideradas injustificadas 53 (56,3%), no observándose diferencias significativas en los diferentes departamentos. El número de transfusiones injustificadas eran 67,8% con hemocritos pretransfusionales $\geq 25\%$ y 39,4% cuando este es menor de 25% ($p < 0.01$). Las transfusiones injustificadas fueron significativamente mayores los días de semana (61,5%) respecto de los fines de semana (31,2%) ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: El porcentaje de transfusiones calificadas como injustificadas fue inaceptablemente elevado, asimismo existe un importante subregistro de las transfusiones en las historias clínicas hecho que destaca la poca jerarquía que se le otorga a este recurso. Se propone la realización de un consenso institucional que tenga como objetivo la racionalización de su uso a través de la educación de médicos clínicos y cirujanos acerca de la terapia transfusional.

Servicios de Clínica Médica y Hematología.

“EL CHEQUEO”: UN METODO UTIL DE EVALUACION POBLACIONAL

Boero S, Bucca J, Cragno A, Damiani L, Deblauwe G, García Dieguez M, Pietracatella A, Sardiña M.

INTRODUCCION: La hipertensión arterial (HTA) y la hipercolesterolemia son dos factores de riesgo independientes de enfermedad cardiovascular. Con el objeto de conocer la prevalencia de estas enfermedades en la población afiliada a nuestro Hospital se realizó el siguiente estudio.

MATERIALES Y METODOS: Se citó a afiliados mayores de 45 años de una obra social adherida al hospital para registro de peso, talla, tensión arterial (TA) y extracción de muestra de sangre para colesterol. Se les distribuyeron planilla de antecedentes para completar.

RESULTADO: Se obtuvieron datos de 1126 pacientes 639 (56.7%) eran mujeres y 487 (43.3%) eran hombres. La prevalencia total de HTA fue del 54,8% (39.8% tenían antecedentes y 15% no). En mayores de 65 años la prevalencia fue del 59% (423) y entre 45-65 años fue de 47.6% (196). No había diferencias significativas entre el antecedente de HTA y sexo, pero en los mayores de 65 años el 42.8% de los hombres y el 34.6 de las mujeres se hallaban hipertensos $p < 0.05$, entre 45-65 años el 41.3% de los hombres y el 26.9% de las mujeres se hallaban hipertensos $p < 0.01$. En los mayores de 65 años el promedio del índice de masa corporal (IMC) en pacientes con antecedentes de hipertensión arterial fue del 28.9 (18.9-46.7 DS 4.38) y para los que no tenían antecedentes fue de 27.6 (14.5-44.4 DS 4.08) $p < 0.01$. En los pacientes entre 45-65 años con antecedentes de hipertensión arterial el promedio fue de 29.8 (21.9-44.6 DS 4.5) y en los que no tenían antecedentes el promedio fue de 28.3 (17.6-43 DS 4.1) $p < 0.01$. En los pacientes mayores de 65 años el 7% de los que tenían antecedentes de HTA tenían insuficiencia cardíaca y sólo el 2.5% de los que no los tenían $p < 0.01$. En relación con el colesterol se controlaron 1074 pacientes de los cuales el 28.1% (302) eran hipercolesterolémicos y de estos 14.5% (155) desconocían su condición. Entre los mayores de 65 años 17% de las mujeres y el 6% de los hombres ($p < 0.01$) tenían antecedentes, entre 45-65 años 19.8% de las mujeres y el 9.2% de los hombres tenían antecedentes ($p < 0.01$). En los mayores de 65 años estaban hipercolesterolémicos el 29% de los que tenían antecedentes del HTA y el 21% de los que no lo tenían ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: Un gran número de pacientes ignoran su condición de hipertensos e hipercolesterolémicos. El IMC es mayor en los hipertensos. La HTA medida es mayor en hombres que en mujeres y el antecedente de hipercolesterolemia es mayor en estas últimas.

Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca.

ESTUDIO CLINICO SOBRE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

Egidi M, Maidana G.

OBJETIVO: Estudio comparativo entre curación tradicional y curación experimental con Hidrocoloides y banda protectora preventiva Reston.

MATERIALES Y METODOS: En el período comprendido entre noviembre de 1993 y marzo de 1996 fueron asistidos 190 pacientes; mediante una selección al azar se tomaron 90 casos para el método tradicional y 100 casos para el método experimental:

a. Curación tradicional, agua oxigenada, iodo povidona, gasa furacinada, gasa iodoformada. a1. prevención: cambios frecuentes de decúbitos y uso de pomadas adecuadas para tal fin.

b. Curación experimental con hidrocoloides, apósitos de películas transparentes y Reston, y combinación de los tres elementos, Reston como apósito combinado con cremas emolientes frente a escaras grado I y Reston como apósito combinado con pomadas con colagenasa frente a escaras grado II, estas dos últimas técnicas mencionadas han sido exclusivamente aplicadas en nuestra experimentación como inédita, ya que no constan antecedentes en ninguna literatura.

RESULTADOS: Curación tradicional: lenta y costosa, con mayores incidencias en cuanto a complicaciones. Hubo curación completa en un 31.11 % Curación experimental: con la combinación de los tres tipos de apósitos 100% de efectividad. Hubo curación completa 100% Cuando se realizó el cálculo de costo-beneficio entre el método tradicional y el método experimental, arrojó mayor efectividad y menor costo la curación experimental. Uso de banda protectora Reston como método preventivo, 100 % de efectividad.

CONCLUSION: Curación tradicional: resultó más costosa, más lenta, mayores complicaciones y más horas-hombre de trabajo de enfermería, y con menor porcentaje de curación completa. Curación experimental: alto porcentaje de efectividad y menor costo-beneficio y menor tiempo de horas-hombre de

enfermería. Bajo este método hubo remisión completa. La prevención con Reston fue efectiva al 100%

Departamento de Enfermería.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA EN NIÑOS. ANALISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS

Alvarez S, Piñero G, Paniccia L, Verna D, Quiroga F.

INTRODUCCION: El meningococo, germen perteneciente a la familia de las Neisserias es un diplococo gram negativo que infecta sólo a seres humanos, a lo largo de los años ha causado gran cantidad de muertes en niños y adultos. El diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad por sospecha del clínico, mejora el pronóstico del paciente.

DETALLE DEL TRABAJO: Se presentaron 8 casos de niños internados en el servicio de Pediatría desde los años 94 a 96 con diagnóstico de egreso de enfermedad meningocócica, 6 con meningitis y 1 con artritis y el restante solo mostró sospecha clínica y hemocultivos positivos sin compromiso meníngeo. Todos los niños se encontraban febriles al momento del ingreso, la faringitis fue un dato común de lo rescatado de las historias clínicas, el compromiso neurológico de diverso grado se encontró presente en 7 de los 8 pacientes. Cuando se analizaron los datos de cada niño con el score publicado por Martínez E, et al (Rev. Cubana de Pediatr 57:61, 1985) 7 de ellos presentaban signos de buen pronóstico, ninguno de los niños falleció y sólo se encontraron secuelas neurológicas al momento del alta en el niño que presentó signos de mal pronóstico en la puntuación del score. En todos los casos pudo hallarse el germen ya sea en sangre o en LCR.

DISCUSION: El diagnóstico de enfermedad meningocócica se basa fundamentalmente en la sospecha clínica por lo cual, jerarquizar signos y síntomas resulta de gran importancia, utilizar score de mal pronóstico facilita valorar en forma objetiva la gravedad del paciente. Tomadas todas las muestras para cultivos que sean necesarias el tratamiento debe instaurarse en forma empírica y precoz.

Servicios de Pediatría y Laboratorio Central.

REVISION DE TRAUMATISMOS CRANEO ENCEFALICOS EN PACIENTES PEDIATRICOS INTERNADOS

Jagodnik P, Elosegui G, Van Ootenghen M, Bricchetti P, Curino P, Duca P, Piñero G.

OBJETIVOS: Evaluación retrospectiva de Traumatismo Craneoencefálico Pediátrico (TECP), en pacientes internados con el objeto de:

-Categorizar la gravedad del TECP.

-Correlacionar la gravedad con los estudios imagenológicos requeridos.

-Analizar el tratamiento realizado.

-Presentar pautas para diagnóstico y tratamiento de TECP.

MATERIALES Y METODOS: Revisión de historias clínicas de 195 pacientes internados en la sala de Pediatría del CSMLL, comprendidas entre enero de 1992 y mayo de 1995, con edad entre 0 y 14 años (inclusive). Diez no cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron recolectados en una planilla ad hoc.

RESULTADOS: De los 186 pacientes. 49,4% fueron TECP leve, 45,7% moderado y 4,8% grave. El "riesgo para la obtención de imágenes"(ROI) reveló 33,9% bajo, 59,7% moderado y 6,4% alto. Se realizó Rx. de cráneo frente y perfil en el 81% de ROI bajo, 84% de intermedio y 50% de alto. Tomografía axial computada en 19% de pacientes con ROI bajo, 36% de moderado y 90% de alto. Estas fueron patológicas en 33%, 37% y 100% en los respectivos grupos. El 97,5% de los TECP leves se siguieron con valoración clínica, el resto recibió terapéutica para el edema cerebral. El 96,5% de los TECP moderados se siguieron con Glasgow horario y el 3,5% fue tratado por el edema cerebral. De 8 pacientes con TECP grave, 2 (25%) sólo fueron observados, 3 (37,5%): tratamiento quirúrgico y los restantes 3 recibieron terapia para el edema cerebral (dos fallecieron).

CONCLUSION: La mayoría de los pacientes con TEC leve y moderado fueron seguidos clínicamente. Las numerosas internaciones de pacientes con TECP leve, plantean la necesidad de una sala de observación en guardia y planilla de alarma para cuidados domiciliarios. El TEC grave tuvo criterios de ROI e internación adecuadas.

**FALLO HEPATICO FULMINANTE:
DISTINTAS EVOLUCIONES DE UNA MISMA
SITUACION CLINICA**

Duca P, D'Agostino D.

INTRODUCCION: Una de las situaciones más angustiantes encontradas en la práctica clínica es el hallazgo de un niño previamente sano, con diagnóstico de hepatitis aguda, quien súbitamente desarrolla fallo hepático fulminante. La etiología más frecuente en nuestro medio es por hepatitis A. El manejo de los niños con fallo hepático es extremadamente complejo, especialmente con el advenimiento del trasplante hepático, en permanente desarrollo.

DETALLE DEL TRABAJO: Se presentan tres casos clínicos a fin de mostrar las distintas variables en la evolución y desenlace en fallo hepático agudo tipo A. Caso 1: Paciente de 7 años de edad con coagulopatía moderada y encefalopatía grado I, se realiza tratamiento para su insuficiencia hepática con encefalopatía evolucionando a la recuperación total. Caso 2: Paciente de 2 años de edad con coagulopatía leve, edema cerebral severo progresando hacia encefalopatía Grado IV y muerte. Caso 3: Paciente de 3 años de edad presentando coagulopatía severa, encefalopatía Grado I, se realiza trasplante ortotópico hepático con donante cadavérico con buena evolución.

DISCUSION: Se analizan en el siguiente trabajo las diferentes evoluciones del fallo hepático fulminante por hepatitis A y la importancia de la derivación oportuna a un centro de la alta complejidad con experiencia en trasplante hepático.

COMENTARIO: Estamos convencidos que la mejor prevención del fallo hepático fulminante por hepatitis A son adecuadas medidas higiénicas y un correcto esquema de vacunación en la edad pediátrica. *Servicio de Pediatría del Centro de Salud Municipal "Dr. L. Lucero" y Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico del Htal. Italiano de Buenos Aires*

**METODOLOGIA PARA EL MANEJO
INTEGRAL DEL LACTANTE CON
INVAGINACION INTESTINAL**

**Alvarez R, Moyano S, Garcés I, Marlia R,
Quiles L, Zeni C, Iommi C.**

INTRODUCCION: A raíz de haber observado una alta incidencia de intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de la invaginación intestinal del lactante en nuestro hospital y no existiendo metodolo-

gía para el manejo de esta urgencia, se presentó una sistemática de orientación para la atención integral de esta patología en un Hospital General, coordinando las acciones y roles, a efectos de armonizar los recursos disponibles para obtener la máxima eficacia.

DETALLE DEL TRABAJO: En un período comprendido entre el 20/10/95 y el 20/10/96 se tratan 7 niños con diagnóstico clínico, radiológico y ecográfico de invaginación intestinal mediante maniobras de reducción por presión hidrostática. Se sometió a reducción por enema con contraste hidrosoluble diluido al 0,20 % con control radioscópico del procedimiento. Del total 4 fueron hombres y 3 mujeres, con edades comprendidas entre 3 y 10 meses. Los síntomas clínicos principales de presentación fueron: dolor abdominal, vómitos, diarrea, deposiciones con sangre y sensorio alternante, y en menor medida deshidratación y peritonismo. Se observaron radiografías de abdomen con niveles hidroaéreos en 4 casos y ecografía diagnóstica en todos ellos. La aplicación sistemática de esta metodología en las fases diagnóstica, de reanimación y terapéutica, permitió la desinvaginación total incruenta con reducción inmediata en 6 casos y dudosa en 1 caso (confirmada posteriormente).

CONCLUSIONES: En forma preliminar y comparando el número actual de casos y resultados con una serie retrospectiva de 10 pacientes en los últimos 5 años se comprueba:

- . Recuperación del tránsito intestinal más precozmente. (<24hs vs. > 48 hs.)
- . Disminución de la estancia hospitalaria (2 días vs. 11,7 días).
- . Se evita someter al niño al riesgo que significa una agresión quirúrgica.

Es evidente que la aplicación de esta metodología permite el entrenamiento y la ejecución de maniobras coordinadas, que conducen a un alto porcentaje de éxito.

Servicios de Medicina de Urgencia, Pediatría, Diagnóstico por Imágenes y Cirugía General.

**TRASTORNOS NEUROPSICOLOGICOS EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD
VASCULAR CEREBRAL QUIRURGICA**

**Tumminello G, Martínez MJ, Pie C,
Brichetti E, Van Ooteghem M, Curino P.**

INTRODUCCION: Sólo el 10% de la patología cerebral le corresponde a las enfermedades vasculares

cerebrales quirúrgicas y éstas se manifiestan de distintas formas según su localización.

DETALLE DEL TRABAJO: Se presentan 7 pacientes con patología cerebral vascular quirúrgica, 6 pacientes con patología aneurismática 2 de ellos en la arteria silviana derecha, 1 en arteria comunicante anterior, 2 en arteria silviana izquierda (uno de los cuales fue múltiple) y el último aneurisma fue en la arteria silviana bilateral (aneurisma en espejo) y una malformación arteriovenosa que ocupaba el polo frontal izquierdo. A todos estos se les realizó el test de Rorschach para el estudio de su estructura de personalidad, evaluando: prueba y sentido de la realidad, pensamiento lógico, funcionamiento sintético integrativo, calidad formal, confabulación, disociación, agresión, labilidad afectiva, verbalización desviadas, etc.

Todos los pacientes presentaron desorganización de la estructura de la personalidad: 2 pacientes se presentaron con euforia e hiperactividad, 3 con agresividad e irritables, uno se manifestó retraído y desconfiado y ninguno manifestó expresión de tristeza "depresión".

DISCUSION: Los signos compatibles con psicosis encontrados a través del test de Rorschach podrían explicarse por un compromiso de la integridad, ya sea del lóbulo frontal y/o temporal producido por efecto de la hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraparenquimatosa o del vasoespasmo.
Servicio de Neurocirugía y Unidad de Psiquiatría.

FIBRILACION AURICULAR EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Sierra F, Schamún C, Durán JC, Rodriguez JM, Rodriguez M, Braccini G, Zorzano F.

OBJETIVOS: Evaluar las características poblacionales, incidencia, respuesta al tratamiento y relación con morbilidad de la Fibrilación Auricular (FA) desarrollada en el posoperatorio de cirugía cardiovascular en nuestra ciudad.

MATERIALES Y METODOS: Retrospectivo sobre 838 pacientes. Cálculo estadístico: EPI5.

RESULTADOS: De 838 pacientes, 213 (25%) presentaron FA durante la primer semana, hombres 69,9%, edad promedio 67,3 años. Los factores de riesgo hallados fueron HTA: 48,3%, dislipemia: 34,2%, tabaquismo: 24% y diabetes: 11%. No se realizó tratamiento en 7,1%, monodroga 69%, (digital 62%, amiodarona 7%), dos drogas 23,9% (digital = amiodarona 14,2%, digital + atenolol 9,7%). La mayor reversión a ritmo sinusal se logró con digital

en el 62% de los casos. No se halló diferencia de mortalidad entre los pacientes que desarrollaron o no FA. Se halló correlación significativa entre el desarrollo de FA y frecuencia de ACV isquémico (p 0,0006) (RR 4,24).

CONCLUSIONES: La digital resultó la droga más efectiva para la reversión a ritmo sinusal en nuestra población. Se halló un aumento del riesgo de ACV isquémico en la población que desarrolla FA. Por tal motivo se realiza en la actualidad la anticoagulación con heparina luego de las primeras 24 hs. En todo paciente que desarrolla FA en el posoperatorio de cirugía cardiovascular.

Servicio de Cirugía Cardiovascular Hospital Privado del Sur

RECONSTRUCCION DEL PÁRPADO INFERIOR EN LA PARALISIS FACIAL PERIFERICA

Harguingeguy D.

INTRODUCCION: La evolución natural de la parálisis facial periférica no tratada conlleva un permanente y progresivo deterioro ocular y palpebral. Durante el período 1991-1993 el comité de parálisis facial del Hospital San Martín de La Plata realizó un protocolo de tratamiento en función de: 1) el tiempo y la topografía de la lesión 2) las técnicas quirúrgicas existentes

DETALLE DEL TRABAJO: Basado en ellos se empleó una técnica de dinamización y suspensión del párpado inferior paralítico con el músculo frontal contralateral a través de un injerto autólogo de fascia lata. La cirugía se realiza bajo anestesia local y en forma ambulatoria. Este procedimiento fue empleado en 7 pacientes adultos con una parálisis facial crónica (no reciente) y distrofia muscular. Todos ellos presentaban un fenómeno de Bell positivo y la evolución de su enfermedad era entre los 2 y los 10 años. El seguimiento postoperatorio fue de 12 a 30 meses.

DISCUSION: Cinco de ellos obtuvieron movimientos voluntarios del párpado inferior luego de un período de reeducación comenzado a partir de los 10 días de la cirugía. Asimismo, se obtuvo la corrección del ectropion y el lagoftalmos en todos los pacientes. Aunque la epífora fue también solucionada, el tiempo requerido fue mayor. No se constató ninguna recidiva. Todos los enfermos se mostraron conformes y consideraron beneficioso el resultado estético y funcional.

Htal. Interzonal General de Agudos. La Plata

MANEJO AMBULATORIO EN CIRUGIA DE LA MANO

Harguindeguy D, Bini D.

INTRODUCCION: Los accidentes: domésticos, laborales o de la vía pública que comprometen la mano, sumados a las efeciones no traumáticas, generan un importante porcentaje de individuos con incapacidad definitiva. Por ello y con el objeto de disminuir la incidencia de secuelas y el ausentismo laboral, en los últimos años se ha insistido cada vez más en la premisa: “Todo en un tiempo y movilización precoz”.

DETALLE DEL TRABAJO: Siguiendo esto presentamos un informe preliminar del trabajo realizado durante un período de nueve meses (a partir de noviembre de 1995) con 180 pacientes ambulatorios. Primeramente todos fueron controlados en forma conjunta (cirujano y enfermero) luego siguiendo controles periódicos 2 o 3 veces semanales según el caso.

Se jerarquizaron una serie de elementos:

- 1) posición funcional,
- 2) inmovilización mínima de segmentos,
- 3) tiempo mínimo de inmovilización,
- 4) escarectomía precoz de todo el tejido necrosado,
- 5) curación de las heridas con diferentes materiales según el caso lo requiriese (no de igual manera a todos),
- 6) uso restringido de antibióticos comunes,
- 7) toma de muestras para estudio bacteriológico,
- 8) bloqueos anestésicos local para diagnóstico precoz de ciertas afecciones. Algunos de estos pacientes fueron analizados junto a las kinesiólogas.

DISCUSION: Este método de trabajo brinda ciertas ventajas: - Vigilancia continua del paciente: pesquisa y tratamiento precoz de rigideces, infecciones, hematomas y distrofia simpática refleja. - Diálogo y discusión permanente de cada caso (“hablar el mismo idioma”) - “protagonismo” y responsabilidad por parte de los integrantes del equipo de salud.
Servicio de Ortopedia y Traumatología.

EPIFISIOLISIS FEMORAL. A PROPOSITO DE UN CASO

Verna D, Alvarez S, Quiles D, Zeni C, Peralta MI, Duca P, Fernández H, Di Giglio A.

INTRODUCCION: Es el desplazamiento o deslizamiento de la cabeza sobre el cuello del fémur, a

través de la región de la placa de crecimiento. La incidencia general de este trastorno es de 1-3/100000 personas. La cantidad de varones afectados duplica la de mujeres. Los afectados se encuentran en la pubertad; los varones entre los 12 y los 15 años y las niñas entre los 10 y 13 años.

CASO CLINICO: Niña de 11 años de edad que comienza 9 meses previos a la consulta con artralgia coxofemoral que no dificultaba la marcha sin antecedentes previos que expliquen su aparición. En los últimos 4 meses, luego de una caída, el dolor se intensifica, con claudicación intermitente en la marcha. 15 días previos a la internación el dolor se hace constante lo que motiva su internación realizándose el diagnóstico de epifisiolisis femoral.

DISCUSION: La epifisiolisis femoral es el trastorno ortopédico más frecuente de la adolescencia. No obstante su presentación poco habitual, obliga al pediatra general a tener un alto grado de sospecha ante adolescentes con malestar agudo o crónico en región coxofemoral o rodilla; de ello depende una terapéutica urgente, quirúrgica, que posibilite una buena evolución.

Servicios de Pediatría y Ortopedia y Traumatología.

EDEMA PULMONAR SECUNDARIO A OBSTRUCCION AGUDA DE LA VIA AEREA SUPERIOR EN NIÑOS. PRESENTACION DE UN CASO.

Quiroga F, Piñero G, Silberman P, Alvarez S, Vanzini D.

INTRODUCCION: El edema pulmonar agudo no cardiogénico constituye un diagnóstico presuntivo válido en niños con obstrucción aguda de la vía aérea superior secundaria a la aspiración de cuerpo extraño. Esta entidad suele presentarse en otras causas obstructivas de la vía aérea como croup, epiglotitis, hipertrofia amigdalina, apnea obstructiva del sueño, trauma laríngeo, etc. El reconocimiento precoz resulta primordial en la elección de la terapéutica y en la evolución favorable del paciente.

CASO CLINICO: Niña de 8 años que presentó obstrucción aguda de la vía aérea superior por cuerpo extraño. Sufriendo cuadro asfíctico de varios minutos de duración con trastorno del sensorio, pérdida del control de esfínteres y apnea, en Servicio de urgencia se logra extracción del cuerpo extraño. Al ingreso se presentó con dificultad ventilatoria marcada, cianosis, sensorio alternante y expectoración hemoptóica filante. En la radiología de tórax se observa opacidad bibasal a predominio

perihiliar, con broncograma aéreo y componente intersticial. Se interpreta el cuadro como dificultad ventilatoria ocasionada por edema agudo de pulmón, instaurándose terapéutica con evolución favorable del cuadro.

DISCUSION: La comprensión de la fisiopatología del edema pulmonar secundario a obstrucción de la vía aérea superior, permite sospechar esta entidad. El mismo se produce ante un aumento brusco de la presión intrapleurales negativa en el intento de vencer la obstrucción extra-torácica. Esto provoca pasaje de líquido desde los capilares, contribuye además la hipoxia, la acidosis y el aumento del tono simpático.

Servicio de Pediatría.

SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATÍPICO

Boscardín M.

INTRODUCCION: El Síndrome Urémico Hemolítico (SHU) está caracterizado por: anemia hemolítica microangiopática, trombo-citopenia y otros signos de agresión multi-parenquimatosa tales como riñón, cerebro y aparato digestivo. En su forma más frecuente de presentación afecta a los lactantes menores y preescolares y excepcionalmente a niños más pequeños o adolescentes. Existen varias formas clínicas de Síndrome Urémico Hemolítico que con toda probabilidad representan diferentes etiologías y patogénias. Una división muy importante es la de SHU típico con diarrea (d+), en nuestro país es endémico asociado a la verotoxina y otra variedad que no presenta diarrea SHU atípico (d-).

CASO CLINICO: Varón de 5 años de edad derivado de Santiago del Estero por plaquetopenia, insuficiencia renal aguda, hematuria macroscópica, petequias sin antecedente de diarrea previa. Durante su internación se realiza hemodiálisis como tratamiento de su insuficiencia renal, el cuadro clínico se complica con frecuentes crisis hemolíticas consumo de complemento, teniendo la necesidad de transfundirlo con glóbulos rojos segmentados y plaquetas en reiteradas ocasiones. La función renal no presentaba mejoría con hipertensión arterial grave evolucionando a la insuficiencia renal crónica. Se realiza Biopsia Renal informando micro-angiopatía trombótica con depósito de C3 en mesangio.

DISCUSION: El SHU atípico no presenta diarrea en sus pródromos la manifestación clínica es variable y severa con mayor frecuencia a la recidiva

evolucionando a la insuficiencia renal crónica.

Hospital Juan P. Garrahan

PIELOHIDRONEFROSIS SECUNDARIO A ESTENOSIS PIELOURETERAL BILATERAL

Abad M, Boscardín M.

INTRODUCCION: La hidronefrosis es una entidad anatómica que es definida como una dilatación del sistema pielocalicial. Se presenta en 1.4% de los fetos persistiendo la mitad de los casos en la vida postnatal, siendo la estenosis pielo-ureteral la más frecuente 64%.

CASO CLINICO: Niña de 10 meses, que consulta en el Htal. Juan P. Garrahan por distensión abdominal, fiebre y constipación. Se realiza radiología de tórax normal y recuentos de blanco obteniendo leucocitosis con desviación a la izquierda más anemia ferropénica. Se interpreta el cuadro como suboclusión intestinal, colocándole una sonda nasogástrica y plan parenteral; debido a su buena evolución se da alta médica a las 24 hs. de ingreso. Pasados dos meses de su ingreso, consulta nuevamente con igual sintomatología decidiendo su internación. Se realiza ecografía abdominal que se informa: masa quística en la fosa renal con múltiples imágenes tabicadas u contenido ecogénicos. Riñón izquierdo con dilatación del sistema pielocalicial. Impresión diagnóstica: nefroma quístico, hidronefrosis bilateral, riñón multiquístico. DMSA: focos fríos en ambos riñones. TAC imágenes similares a la ecografía. Se obtiene un urocultivo positivo para *Morganella morganii* instaurándose el tratamiento con antibióticos según antibiograma.

DISCUSION: Con el fin de esclarecer el diagnóstico y el tratamiento a seguir, se realiza ateneo multidisciplinario, decidiéndose nefrostomía percutánea bajo control ecográfico. Se obtiene del mismo 1000 ml. de material purulento. La niña presenta buena evolución clínica y franca reducción de la imagen quística descripta anteriormente.

Diagnóstico definitivo: Pielohidronefrosis secundaria a estenosis pielo-ureteral bilateral.

Hospital Juan P. Garrahan

HALLAZGOS ECOGRAFICOS PRENATALES DE ANORMALIDADES UROLOGICAS

Boscardín M, Abad M.

INTRODUCCION: A pesar de que en el último tiempo muchas uropatías han comenzado a diagnos-

ticarse mediante la ecografía materna, siempre existirá un grupo de ellas que no son detectadas y que deben pesquisarse después de nacer en base a la sospecha clínica y a un algoritmo de estudio.

CASO CLINICO: Se describe un niño de 51 días que ingresó al Hospital Juan P. Garrahan por convulsión tónica, hipertermia y rechazo alimenticio. Se rescata como antecedentes prenatal un control ecográfico con retardo de vaciamiento vesical. Sin seguimiento postnatal. Se le efectúan estudios complementarios (laboratorio, ecografía renal cistouretrografía postmiccional, urograma excretor, centellografía y renograma renal definiendo el cuadro como sepsis sin meningitis a punto de partida urológico, hidronefrosis bilateral secundaria a reflujo vesicoureteral. Posteriormente el paciente fue intervenido quirúrgicamente en dos tiempos, primero se realiza vesicostomía y luego reimplante ureteral con cierre de la misma.

DISCUSION: Las dilataciones urinarias prenatales deben estudiarse cuidadosamente después del nacimiento por medio de la clínica y la realización de ecografía renal y demás estudios urológicos logrando un diagnóstico definitivo y posterior tratamiento apropiado.

Servicios de Pediatría y Diagnóstico por Imágenes

SINDROME DE INSENSIBILIDAD ANDROGENICA

D'Amico Carro S.

INTRODUCCION: El síndrome de insensibilidad androgénica es un ejemplo típico de patología debido a resistencia hormonal que deriva en un pseudohermafroditismo masculino. Los andrógenos son secretados por los testículos de estos sujetos 46 XY en cantidades normales o aumentadas, sin embargo debido a un defecto en la función del receptor androgénico (RA) hay una pérdida de la respuesta de la célula blanco a la hormona y los efectos virilizantes están reducidos o ausentes. Según el fenotipo y la magnitud de los defectos estructurales y funcionales de los RA podemos clasificar este síndrome en 7 grados, que van desde genitales externos masculinos normales con infertilidad hasta fenotipo femenino completo.

CASO CLINICO: Se presenta una niña de 10 años de edad que es derivada al servicio de Endocrinología, luego de ser intervenida quirúrgicamente con diagnóstico presuntivo de hernia inguinal izquierda. El análisis histológico de la pieza extraída durante la intervención mostró la presencia de es-

tructuras compatibles con testículo. Las pruebas diagnósticas orientaron hacia el síndrome de insensibilidad androgénica o testículo feminizante, confirmado posteriormente con la presencia de cariotipo 46 XY.

DISCUSION: La importancia de tener en cuenta este tipo de patología deriva en realizar la asignación correcta del sexo; el manejo de individuos con formas clínicas variadas de este síndrome se basa en el análisis del fenotipo del individuo afectado y en la calidad de desarrollo psicosexual que tendrá con el sexo asignado.

Servicio de Endocrinología - Htal. Pedro Elizalde

SINDROME HIPEREOSINOFILICO IDIOPATICO

Larregina A, Bartomioli M, Hanuch A, Re L, Zárate S, Verna D, Quiles M, Elliker S.

INTRODUCCION: El Síndrome hipereosinofílico idiopático (HES) se define como eosinofilia persistente (más de 1500 eosinófilos/mm³) por más de 6 meses, con síntomas de HES y sin evidencia de enfermedad parasitaria, alérgica u otras causas de eosinofilia, puede ser limitado a sangre y médula ósea o infiltrar distintos órganos en especial corazón y sistema nervioso. El diagnóstico se realiza con una correcta historia clínica, examen físico, hemograma, función renal y hepática, serología para enfermedades autoinmunes y parasitarias, aspirado de médula ósea, estudio citogenético, determinación de fosfatasa alcalina leucocitaria y vitamina B12. El tratamiento es con corticoides o inmunosupresores, la sobrevida depende del compromiso orgánico y es de 9 meses a 3 años en el 12% de los pacientes.

CASO CLINICO: Se presenta el caso de un paciente de 23 meses que consultó por celulitis en el miembro inferior izquierdo, con Hto. del 42 %, leucocitos 15000/mm³ (C 2% S 8% E 49% B 1% L 36% M 4%), plaquetas 350000/mm³, 7350 eosinófilos absolutos, serología positiva para toxocara canis, se le dio tratamiento con Cefalosporina y Tiabendazol con rápida mejoría de la celulitis, descenso del título de anticuerpos antitoxocara canis y persistencia de la eosinofilia que fue "in crescendo", y el medulograma mostró aumento de eosinófilos maduros e infiltrado linfático inespecífico, Fosfatasa alcalina leucocitaria normal/ alta. IgE 2084 kU/ml (N 29 kU/ml) inmunocomplejos circulantes CIC elevados. Se concluyó que el enfermo es portador de un HES sin compromiso orgánico, comenzó tratamiento con Corticoides a 1 mg/K/d, a

partir de los seis meses de enfermedad.

DISCUSION: Nos pareció de interés presentar el caso, dado lo poco común de este síndrome y la gravedad del mismo, además es importante el esquema diagnóstico a seguir frente a un signo tan frecuente como la eosinofilia.

Servicios de Hematología y Pediatría.

ENFERMEDAD DE WILSON

Valiente L, Risacher G, Arribas A, Perez Martinetti E.

INTRODUCCION: La enfermedad de Wilson es un trastorno metabólico del cobre, de herencia autosómica recesiva, caracterizado por el depósito excesivo de este metal en el hígado, cerebro y otros órganos. La incidencia aproximada es de 1:35000. El cuadro clínico se presenta con mayor frecuencia entre la primera y la segunda década de la vida, con manifestaciones hepáticas, neurológicas o psiquiátricas.

CASO CLINICO: Paciente varón de 21 años, que consulta por hipersialorrea, trastornos deglutorios, disartria, distonías y artralgia de grandes articulaciones, de dos años de evolución, con pérdida de peso de 14 kg. en el último año. Laboratorio de ingreso: discreto aumento de transaminasas con tiempo de protrombina prolongado. Se sospecha enfermedad de Wilson por las manifestaciones neurológicas descritas, sumado al daño hepático presente; por tal motivo se solicita evaluación oftalmológica donde se constata anillo de Kaiser Fleisher y laboratorio específico con disminución del cobre y ceruloplasmina sérica y aumento de la excreción del cobre urinario confirmando dicha patología. Se comienza tratamiento con D-Penicilamina 4 gr/día.

DISCUSION: A pesar de ser una patología rara, se deberá tener un alto índice de sospecha en cierto grupo de pacientes, edad entre 8 a 20 años, hepatitis aguda de curso inusual, hepatitis crónica o cirrosis de causa no aclarada o alteraciones neurológicas como la presencia de trastornos del movimiento. Es importante realizar diagnóstico y tratamiento temprano para lograr una recuperación adecuada y disminuir el grado de daño permanente, principalmente neurológico.

Servicio de Clínica Médica.

ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I

Larregina A, Bartomioli M, Lorenzo S, Elorza A, Fuentes A, Grimi C, Elosequi C, Villalba W.

INTRODUCCION: La enfermedad de Gaucher es un desorden autosómico recesivo que resulta de la deficiencia de glucocerebrosidasa, por lo tanto hay una disfunción orgánica progresiva como consecuencia del aumento de lípidos en los macrófagos (células de Gaucher); es la más común de las enfermedades por depósito o tesarismosis. Afecta diferentes órganos, en especial médula ósea, bazo y sistema nervioso. El cuadro clínico se caracteriza por hepatoesplenomegalia, malformaciones óseas, anemia, trombocitopenia, trastornos de coagulación y deterioro neurológico progresivo. Hay tres formas clínicas; tipo I con anemia y trombocitopenia progresiva, visceromegalias, lesiones óseas y ocasionales manifestaciones renales y pulmonares; tipo II con neuropatía aguda, hepatoesplenomegalia gigante y severa infiltración de médula ósea, se manifiesta antes de los seis meses, tiene alta mortalidad, siendo la supervivencia inferior a los dos años; y tipo III que es menos definida con compromiso neurológico de menor gravedad. El tratamiento es con reposición enzimática, la dosis es de 60 U/K/día cada 15 días.

CASO CLINICO: Se presenta el caso de un paciente varón de 43 años, de raza blanca que consultó por anemia y esplenomegalia de dos años de evolución. Se halló un hemograma patológico con Hto 33%, Hb 9,3 g/dl, leucocitos 2100 mm³ (S 39%, E 0%, B 0%, L 44%, M 9%), plaquetas 60000 mm³. El aspirado medular mostró celularidad normal, relación miel/eritroide 2:1, hierro de depósito extra e intracelular normal, abundantes células de estirpe macrófaga con citoplasma acidófilo, compatibles con células de Gaucher. La biopsia de médula ósea fue hipercelular con conservación de las tres series hematopoyéticas y presencia de células tesarismóticas PAS positivas, el diagnóstico final fue enfermedad de Gaucher tipo I. Dado que el enfermo no tiene manifestaciones óseas o neurológicas se tomó conducta expectante. Pendiente el dosaje de glucocerebrosidasa.

DISCUSION: Nos pareció útil mostrar la baja incidencia entre los individuos de raza blanca no judíos, y la importancia de poder incluirla como un diagnóstico diferencial en el estudio de pacientes con esplenomegalia.

Servicios de Hematología, Anatomía Patológica y Clínica Médica.

NUEVO TRATAMIENTO PARA TRICOLEUCEMIA

Bartomioli M, Lorenzo S, Elorza A.

INTRODUCCION: Tricoleucemia es una forma de Leucemia Linfática Crónica (LLC), descrita en 1958, se caracteriza por células mononucleares con prolongaciones citoplasmáticas o pelos en sangre periférica, medula ósea y otros tejidos. Hasta hace 20 años, la esplenectomía era el único tratamiento con indicación relativa, más tarde se agregó el tratamiento combinado con clorambucil y deltisona; en 1984 con la aparición de interferón alfa se sumó otra posibilidad terapéutica; la sobrevida no se extendió más allá de los 5 años y las complicaciones relacionadas a la medicación (pancitopenia, segundos tumores, etc) fueron constantes. A partir de 1990 aparecen los nuevos análogos de las purinas; pentostatina, fludarabina y 2-clorodeoxiadenocina (2-Cd A), esta última ha sido utilizada en tricoleucemia, en infusión continua con buena remisión, pero gran toxicidad (pancitopenia e infecciones graves); la vía subcutánea ha probado tener una remisión del 92% sin efectos tóxicos agregados en 5 días consecutivos una vez cada seis meses.

CASO CLINICO: Se presenta el caso de una paciente de 46 años, de raza blanca, que consultó por hipermenorrea, en el examen físico se halló esplenomegalia grado II, anemia, trombopenia y leucopenia (Hto 29%, Hb 8,5 g/dl, leuc 4300/mm³, S 35%, E 1%, B 0%, L 59%, M 5%, plaquetas 160000/mm³), los linfocitos tenían prolongaciones típicas y fueron positivos para fosfatasa ácida tartrato resistente, la médula ósea mostró infiltrado linfático de iguales características, Beta2 microglobulina 0.60 (valor normal hasta 0.20). Se realizó esplenectomía por presentar hiperesplenismo mecánico. Comenzó quimioterapia con 2 Clorodeoxyadenina (CdA) por 7 días a dosis 4 mg/m²/día subcutánea por única vez. La enferma evolucionó favorablemente sin complicaciones tóxicas asociadas a la droga y con corrección absoluta de su cuadro hematológico.

DISCUSION: Este esquema terapéutico de reciente aparición en el mundo ha sido utilizado en menos de 100 pacientes a la fecha, debido a la alta toxicidad demostrada con la utilización endovenosa, pareciera que el solo cambio de la vía de administración corrige la toxicidad. Se considera un tratamiento de elección frente a los anteriores con clorambucil, pentostatina e interferón por su facilidad en la aplicación y baja toxicidad asociada.

Servicio de Hematología

PLASMOCITOMA DE SENOS PARANASALES

Andrade S, Blacher S, Conradi F, Carranza M, Bartomioli M, Larregina A, Ferreyra R, Re L, Hanuch A.

INTRODUCCION: El plasmocitoma, mieloma múltiple o enfermedad de Kaler es una neoplasia de origen linfático caracterizado por proliferación atípica de células plasmáticas de carácter monoclonal, con producción de inmunoglobulinas de tipo IgG, IgA, IgD e IgE. Una forma poco frecuente es la aparición de plasmocitoma extramedular, que puede ser óseo o extraóseo (ganglios bazo, ganglios o tracto respiratorio alto). El mieloma constituye el 1% de todas las enfermedades neoplásicas y el 10% de las hematológicas, tiene mayor frecuencia en hombres y después de la quinta década; en ellos la punción biopsia de médula ósea es siempre positiva. El plasmocitoma extramedular es una forma poco frecuente que también predomina en varones entre 50 y 60 años, el 80% se localiza en vías aéreas superiores, particularmente en fosas nasales y amígdalas, con síntomas típicos como epistaxis, rinorrea y obstrucción nasal; en ellos la punción biopsia de médula es normal.

CASO CLINICO: Se presenta el caso de un paciente de 27 años, de raza blanca de sexo masculino que consultó por tumor nasal izquierdo de 7 meses de evolución, sin otro antecedente patológico, se biopsió y el diagnóstico histológico fue tumor de células plasmáticas; los estudios complementarios hematológicos y la biopsia de médula ósea fueron negativos; se diagnosticó plasmocitoma solitario extraóseo e inició terapia radiante local, con remisión completa con 3600 cGi.

DISCUSION: La importancia del caso está dada por la baja frecuencia de esta patología que además es excepcionalmente rara en pacientes jóvenes, cuyo pronóstico es reservado y se plantea una discusión terapéutica entre conducta espectante hasta la aparición de mieloma múltiple o quimioterapia y trasplante de médula ósea.

Servicios de O.R.L., Hematología y Anatomía Patológica

METASTASIS MAMARIA EN LA MANO 15 AÑOS DE SILENCIO ONCOLOGICO

Harguindeguy D, Fuentes A.

INTRODUCCION: La mano es un lugar poco frecuente de asiento de tumores malignos, siendo la mayoría de ellos de origen primario. Las neoplasias

secundarias generalmente forman parte de una siembra tumoral sistémica y provienen del pulmón, la mama, el riñón o el tracto gastrointestinal. El tiempo que media entre la aparición del tumor primario y la metástasis en la mano nunca sobrepasa de unos pocos años y el tiempo de sobrevida no supera los 6 meses de promedio. En la bibliografía consultada no hemos encontrado ningún caso de metástasis en la mano luego de 15 años de "silencio oncológico".

CASO CLINICO: Presentamos el caso de una mujer de 84 años que consulta por una tumoración cutánea en el segundo espacio interdigital de la mano derecha de un año de evolución. Dentro del mismo período presenta cuatro nódulos en el mismo miembro. Hacía 16 años había presentado un carcinoma mamario derecho habiéndosele realizado: mastectomía, vaciamiento axilar y quimioterapia. El examen físico y los estudios complementarios no revelaron neoplasias primarias o secundarias en otros órganos. Las lesiones extirpadas mostraron un patrón histológico característico de las metástasis cutáneas de origen mamario. La mano fue reparada con un injerto de piel con una recuperación funcional igual a la preoperatoria.

DISCUSION: La paciente lleva un seguimiento de 8 meses de evolución sin manifestaciones de recidiva local ni sistémica. Cabe preguntarse dónde y cómo permanecieron "ocultas" las células que dieron origen a esta recidiva de 15 años más tarde? *Servicios de Ortopedia y Traumatología y Anatomía Patológica.*

CISTOADENOMA MUCINOSO DE PANCREAS: REPORTE DE UN CASO **Cabido A, Cabido J, LLopis Gomis M, Alvarado C.**

INTRODUCCION: Los tumores quísticos de páncreas son entidades poco frecuentes que plantean interesantes diagnósticos diferenciales. El cistoadenoma mucinoso se presenta más comúnmente en mujeres jóvenes, generalmente comprometiendo la cola del páncreas. Macroscópicamente son tumores quísticos, multiloculares, que contienen líquido seroso y mucinoso. Logran importantes dimensiones y presentan una importante semejanza con los cistoadenomas ováricos. Microscópicamente muestran cavidades quísticas tapizadas por epitelio cilíndrico mucosecretante de tipo colónico. En el estroma pueden encontrarse estructuras ductales y acinares pancreáticas, e incluso adquirir una diferenciación de tipo ovárica.

CASO CLINICO: Mujer de 36 años que concurre a la consulta presentando tumoración en hipocondrio izquierdo de 6 meses de evolución. La misma mide aproximadamente 10x15 cm. Como antecedente personal tiene nefrectomía izquierda un año atrás por pielonefritis crónica en riñón hipoplásico. En la TC se informó tumoración en contacto con la pared abdominal anterior, por delante del bazo y páncreas. Formación quística con numerosos tabiques.

DISCUSION:

- Se presenta un tumor pancreático quístico y benigno poco frecuente.
- El mismo plantea diagnóstico diferencial con hidatidosis (en ubicación poco frecuente).
- Es una patología que se ve generalmente en mujeres jóvenes, fundamentalmente a nivel de la cola del páncreas.
- Debe ser diferenciado de los cistoadenocarcinomas, los cuales presentan diferente evolución y pronóstico.
- Su tratamiento es la quistectomía y su pronóstico favorable.

Clínica Hispano Argentina - Tres Arroyos

CARCINOMA INSULAR DE TIROIDES. A PROPOSITO DE UN CASO **Ibarola C, Tacchi P.**

INTRODUCCION: El carcinoma insular de tiroides se presenta en muy pocas ocasiones, tal es así que una revisión de la literatura mundial sólo reúne 141 casos, hasta marzo de 1996. La presentación clínica es la del nódulo tiroideo, predomina en el sexo femenino y su mayor incidencia ocurre en la quinta década de la vida.

CASO CLINICO: Paciente de 33 años que consulta por tumoración en región anterior y lateral izquierda de cuello, de un mes de evolución, levemente dolorosa. Al examen físico se palpa dicha tumoración y ganglios cervicales izquierdos y derechos. Presenta diagnóstico por punción aspirativa con aguja fina de células neoplásicas compatibles con carcinoma papilar. Se opera el 24/06 y el informe anatomopatológico refiere carcinoma insular de tiroides, presenta evolución tórpida, fallece el 07/07.

DISCUSION: Se hace hincapié en el carácter agresivo por lo que la cirugía sola o cirugía y luego tratamiento con I-131 no tiene efecto sobre la evolución de esta enfermedad.

Servicio de Cirugía General.

CORDOMA SACRO

Abad M, Díaz C, Fernández S, Jagodnik P, Marchan P.

INTRODUCCION: El cordoma es una neoplasia rara del esqueleto axial, originada presumiblemente de la notocorda embrionaria. La incidencia es del 1-4% de todos los tumores malignos de hueso, el 50% se origina en la región sacrococcígea, 35% en el clivus y el 15% en cualquier parte del esqueleto axial. Los síntomas más frecuentes son lumbalgia y alteraciones del hábito evacuatorio. El tratamiento óptimo es la exéresis completa del tumor, pero, usualmente los síntomas persisten por más de un año hasta que se arriba al diagnóstico. Presentamos dos casos de cordoma sacro con clínica típica, que fueron diagnosticados tardíamente.

CASOS CLINICOS: Entre abril y julio de 1996, se estudiaron dos pacientes de sexo masculino, de 57 y 70 años respectivamente. Uno presentaba como antecedente cordoma sacro operado en 1990. Ambos presentaban: lumbalgia, incontinencia urinaria, fecal y trastornos sensitivo de miembros inferiores. Fueron estudiados con radiología convencional, T.A.C. y R.M.I. Se arribó al diagnóstico histopatológico de cordoma en un paciente, a través de punción aspiración con aguja fina. El paciente restante se trató de una recidiva. No pudo realizarse exéresis completa en ninguno de los casos por arribar en forma tardía al diagnóstico.

DISCUSION: Estadísticamente, los cordomas presentan baja incidencia, pero es importante tenerlos en cuenta en el diagnóstico diferencial de masas presacras. La detección precoz utilizando T.A.C. y R.M.I., brinda la posibilidad de un tratamiento oportuno, disminuyendo la posibilidad de recidiva.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

TUBERCULOMAS CEREBRALES: A PROPOSITO DE UN CASO

Abad M, Marchán P, Ozuna M, Uslenghi E.

INTRODUCCION: La tuberculosis (TBC) puede afectar el Sistema Nervioso Central (S.N.C.) en forma de meningitis, granulomas o abscesos. En países en desarrollo el 5 al 8 % de las masas ocupantes del S.N.C. son tuberculomas. El bacilo puede penetrar al líquido cefalorraquídeo por donde no existe barrera hematoencefálica. Generalmente, la afección del S.N.C. es secundaria a la diseminación hematogena del bacilo desde un foco primario

torácico, abdominal o genitourinario. El diagnóstico puede ser dificultoso en ausencia de TBC extracraneal.

CASO CLINICO: Se presenta el caso de una niña, de cuatro años de edad, que consulta por trastornos de la marcha de cuatro meses de evolución. Al examen físico se constata: hemiparesia derecha, marcados signos de piramidalismo, ataxia y anisocoria, sin otras manifestaciones de importancia. Se le realizó T.A.C. sin y con contraste E.V. y biopsia quirúrgica, confirmándose el diagnóstico de TBC.

DISCUSION: El diagnóstico de tuberculomas cerebrales en ausencia de TBC extracraneal es dificultoso. Los síntomas clínicos son inespecíficos, comportándose como una lesión expansiva cerebral. Si bien los métodos por imágenes (T.A.C. y R.M.I.) son útiles para la detección y seguimiento de dichas lesiones, los hallazgos no son específicos, lo cual lleva a plantear una amplia gama de diagnósticos diferenciales. En nuestro caso, si bien los hallazgos tomográficos llevaron a considerar a la TBC cerebral dentro de los diagnósticos diferenciales, la ausencia de signos y síntomas extraneurológicos, hizo necesaria la biopsia para confirmar el diagnóstico de TBC cerebral.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes

PIODERMA GANGRENOSO A PROPOSITO DE UN CASO

Soler de Conradi C, Alvarez O, Barrera S, Rodriguez Gil G, Quispe A.

INTRODUCCION: El pioderma gangrenoso es una enfermedad de origen desconocido caracterizado por úlceras cutáneas únicas o múltiples de colonización bacteriana extremadamente diversa que no permite ninguna conclusión diagnóstica, lo mismo ocurre con el estudio histopatológico por lo que el diagnóstico se apoya en el cuadro clínico. Puede presentarse como manifestación puramente cutánea o asociada a enfermedades sistémicas.

CASO CLINICO: Paciente de 45 años de edad que presenta en tronco lesiones vesiculopustulosas superficiales que tienden a ulcerarse rápidamente aumentando de tamaño rojo oscuro a violáceo con centro necrótico. Lesiones vesículo pustulosas erosionadas en glánde y mucosa conjuntival. Se detecta durante su internación diabetes Mellitus tipo II e hipertensión arterial. El estudio histopatológico revela necrosis isquémica dermoepidérmica, infiltrado inflamatorio agudo. En base al cuadro clínico

se hace el diagnóstico de Pioderma gangrenoso. Se inicia tratamiento con Dapsona 150 mg/d, Talidomida 100 mg/d y tratamiento de sus patologías de base lográndose remisión de las lesiones en 3 meses.

DISCUSION: Es una enfermedad de baja incidencia, que ofrece dificultades para su diagnóstico, asociada frecuentemente a procesos inflamatorios del tracto gastrointestinal, manifestaciones reumáticas o enfermedades hematológicas. El caso observado tenía un número y distribución de las lesiones cutáneas inusual y estaba asociado a diabetes Mellitus lo cual es poco frecuente.

Unidad de Dermatología y Servicio de Clínica Médica.

HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA

Soler de Conradi C, Alvarez O, Rivadulla M, Grimi M, Conradi F, Teplitz S, Andrade S.

INTRODUCCION: Lesiones nodulares solitarias o múltiples, intradérmicas y/o subcutáneas, que aparecen en cara, pabellones auriculares o cuero cabelludo, en adultos jóvenes, caracterizadas histológicamente por una infiltración linfocítica con eosinofilia. A veces hay eosinofilia en sangre periférica. El curso es crónico, habitualmente benigno, pueden recaer y se las ubica dentro de los pseudolinfomas cutáneos.

CASO CLINICO: Paciente de sexo femenino de 41 años que presenta tumefacción de crecimiento progresivo en hemilabio superior, indolora, de consistencia firme, no desplazable, cubierta de piel de aspecto normal. Se distinguen a la palpación varios elementos nodulares menores a 1 cm. de diámetro. Mucosa labial violácea, despulida y traumatizada por mordisqueo. Se extirpa quirúrgicamente la lesión que asienta por fuera del músculo orbicular, bien vascularizada, con varios nódulos ubicados entre el tejido conectivo. El examen histopatológico revela la existencia de proliferación vascular típica con abundante infiltrado inflamatorio con eosinófilos y células endoteliales prominentes. Lo que permite llegar al diagnóstico de hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia.

DISCUSION: Es una patología muy rara, más frecuente en mujeres, de tratamiento quirúrgico que puede ser completado con infiltración de corticoides y cuyo diagnóstico es sólo histopatológico. Sin embargo, es necesario establecer un correcto diagnóstico diferencial por las implicancias que en algunos casos el error diagnóstico y terapéutico podría

generar.

Unidad de Dermatología y Servicios de Anatomía Patológica y Otorrinolaringología.

CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y PRURIGO NODULAR

Perazzo M, Quispe Laime A, Alvarez O, Alves Cordero F.

INTRODUCCION: La Cirrosis Biliar Primaria (CBP) es un trastorno colestático de etiología desconocida, producido por la destrucción progresiva de los conductillos biliares intrahepáticos. Es más frecuente en mujeres, tiene un mecanismo inmunológico subyacente y se manifiesta clínicamente como síndrome colestático, prurito, alteraciones cutáneas y óseas. El diagnóstico se realiza con la positividad de los anticuerpos antimitocondriales y/o la anatomía patológica característica.

CASO CLINICO: paciente de 62 años de edad que consulta por prurito intenso y lesiones papulonodulares en piel localizadas en cara externa de brazos y piernas de nueve meses de evolución. Tiene como antecedentes dislipemia, tabaquismo, fenómeno de Raynaud, colecistectomía y haber recibido tratamiento con HCG (gonadotrofina coriónica). Examen Físico: lesiones cutáneas papulonodulares en racimos pruriginosas e hiperpigmentadas en miembros superiores e inferiores. Fenómeno de Raynaud en manos. Hepatomegalia nodular, dura e indolora de 17 cm. de altura. Rubicundez facial e hipertrofia parotídea bilateral. Angiectasias en tercio superior de tórax. Laboratorio: eritrosedimentación 60 mm 1ra. hora, FAL 1443 U/l, látex AR +++, colesterol 278 mg%. Ecografía abdominal: hepatomegalia homogénea. Biopsia de piel: prurigo nodular. Biopsia hepática: cirrosis biliar primaria, estadio IV. Se comienza tratamiento con ácido dihidroxicólico 600 mg día e infiltraciones subcutáneas en las lesiones papulonodulares con corticoesteroides. Transcurridos los primeros seis meses de tratamiento se evidencia desaparición del prurito, disminución del tamaño de las lesiones cutáneas y función hepática conservada.

DISCUSION: La cirrosis biliar primaria es una patología poco frecuente que tiene manifestaciones cutáneas inespecíficas y se destaca en este caso, que debe tenerse en cuenta la posible asociación a lesiones como el prurigo nodular.

Servicio de Clínica Médica.

EMBOLISMO GRASO

Vecchi J, Fiore C, Braccini M, De Salvo G.

INTRODUCCION: El embolismo graso (E.G.) es una patología de difícil reconocimiento clínico dado que generalmente se presenta en pacientes con severo compromiso multiorgánico (politraumatismos) y no existe un test patognomónico para su detección. La incidencia según diversas estadísticas varía del 1% al 20%.

CASO CLINICO: Se presenta un paciente de 18 años politraumatizado, con fracturas de huesos largos que presentó E.G. a las 10 horas de su ingreso con buena evolución clínica.

DISCUSION: El motivo de la presentación es el llamado a la atención de un cuadro no muy frecuente y de difícil identificación si no se piensa en él. Creemos que el diagnóstico hay que establecerlo en el paciente con un evento previo (politrauma, fractura de huesos largos, etc.) que a las 24 o 72 hs. presenta insuficiencia respiratoria (hipoxemia, disnea, taquipnea), erupción petequial y alteraciones del estado de conciencia. En estos enfermos hay que investigar descenso del hematocrito, coagulopatía por consumo leve con trombocitopenia, hipocalcemia y mayor actividad sérica de la lipasa, infiltrados difusos bilaterales en la radiografía de tórax, alteraciones en la centellografía ventilación-perfusión, presencia de macrófagos y neutrófilos con glóbulos grasos en su interior en el lavado broncoalveolar, glóbulos de grasa en sangre obtenida de arteria pulmonar, siempre recordando que ninguno de estos hallazgos es patognomónico de la embolia grasa.
Servicios de Terapia Intensiva y de Clínica Médica.

UN CASO ATIPICO DE ABDOMEN AGUDO

Harguindeguy G, Torres V, Santopinto J, Marcos E, Rudolf G.

INTRODUCCION: El potasio es el ion más importante en el funcionamiento de las células excitables, la hiperkalemia se relaciona con efectos peligrosos sobre miocardio, músculo liso y nervios periféricos. A pesar de la clara asociación fisiopatológica entre el aumento del potasio y el íleo paralítico, no se han hallado casos que mencionen al abdomen agudo como forma de presentación, en la búsqueda por Medline de los últimos 10 años. Se presenta por tanto un caso en el cual el motivo de consulta fue el dolor abdominal.

CASO CLINICO: Paciente de sexo femenino, 83 años, consulta por dolor abdominal muy intenso

asociado a náuseas y oliguria de 24 hs. de evolución. Antecedentes: tromboembolismo de pulmón a repetición a pesar de estar anticoagulada de forma suficiente, hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, medicada con furosemida, espironolactona, digoxina, acenocumarol. Examen físico: desasosegada, taquipneica, soplo de regurgitación tricuspídea, abdomen doloroso sin ruidos hidroaéreos. Urea: 108 mg%, Creatinina 1,91 mg/dl K 6,8 meq Ph 7,52 Po2 142 PCO2 35 COH3 29,9. ECG: ritmo nodal. Colon por enema: dolicocolon. Ecografía abdominal y endoscopía esófago-gástrica normales. Se trata con soluciones polarizantes, cediendo el dolor abdominal y retornando el ritmo cardíaco a fibrilación auricular, recupera ritmo diurético y normaliza urea y creatinina.

DISCUSION: 1) Esta hiperkalemia sin fallo renal crónico previo fue multifactorial: a- uso prolongado de espironolactona en paciente deshidratada con escaso aporte de Na b- Seudohipoadosteronismo c- Alcalosis mixta 2) Debido a la acción del potasio sobre las células excitables, la hiperkalemia puede provocar íleo paralítico y presentarse como abdomen agudo sobre todo en pacientes polimedicados.
Servicio de Terapia Intensiva.

MIOCARDITIS Y FALLO MULTIORGANICO POR TRIQUINOSIS

Rodriguez Gil G, Quispe Laime A, Esandi ME, Alves Cordero F.

INTRODUCCION: La triquinosis es una zoonosis parasitaria producida por el nematodo *Trichinella Spiralis*. El hombre se infecta en la mayoría de los casos por comer carne de cerdo cruda o mal cocida que contiene quistes del parásito. Las manifestaciones clínicas dependen del grado de parasitación, desde formas asintomáticas en la mayoría de los casos hasta formas graves y mortales por compromiso miocárdico, pulmonar y SNC. El diagnóstico se confirma por serología y/o biopsia de músculo.

CASO CLINICO: Presentamos el caso de un paciente de 51 años de edad, obeso, que ingresa por dolor en miembro inferior izquierdo de aparición brusca, con palidez y frialdad de 12 hs. de evolución. Acompaña este cuadro decaimiento general, trastornos de conducta y desorientación temporoespacial. Como antecedente; diagnóstico de triquinosis hace 25 días, con síndrome de repercusión general, intensas mialgias, fiebre e impotencia funcional generalizada. Examen físico: mal estado general, bradipsíquico,

disneico, pupilas anisocóricas no reactivas, motilidad ocular extrínseca alterada y ausencia de pulsos en miembro inferior izquierdo. Laboratorio: Urea 60 mg%, Glucemia 159 mg%. Ecocardiograma: dilatación severa del ventrículo derecho. Presenta parocardiorespiratorio sin respuesta a las maniobras de reanimación. Anatomía Patológica: miocarditis difusa con importante infiltrado linfocitario y eosinofílico. Colonización masiva de músculo diafragmático por *Trichinella Spiralis*. Pancreatitis aguda necrotizante. Trombosis aórtica. Colapso pulmonar. Meninges opacas y congestivas.

DISCUSION: La infección por *Trichinella Spiralis* raramente compromete la vida. Este caso de triquinosis severa ilustra la necesidad de tener un alto índice de sospecha de la enfermedad, basado fundamentalmente en el correcto enfoque clínico epidemiológico, ya que el diagnóstico puede generar dificultades a médicos no familiarizados con esta forma de presentación.

Servicio de Clínica Médica

MARCADORES CLINICOS DE CURACION O AMPUTACION EN LA LESION DE PIE DIABETICO.

Sosa A R, Santillán C(h), Muñoz C.

INTRODUCCION: La lesión de pie en el diabético continua siendo un desafío médico que tiene como destino final la curación del miembro afectado. La identificación de marcadores clínicos pronósticos permitirán establecer la conducta terapéutica a seguir para alcanzar el objetivo propuesto.

OBJETIVOS: Identificar estos marcadores clínicos pronósticos de curación o amputación y evaluar los factores involucrados en la causalidad de la mala evolución.

MATERIALES Y METODOS: En los últimos 12 meses se atendieron 43 pacientes diabéticos con lesión de pie; 36 hombres y 7 mujeres. La edad promedio fue 62,20 (45 - 81) y 74,5 (63 -89), respectivamente. Se evaluaron antigüedad y tipo de diabetes, marcadores clínicos de neuropatía y vasculopatía, causas desencadenantes de la amputación y presencia de factores de riesgo concurrentes como hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y etilismo. El análisis estadístico se hizo mediante prueba de hipótesis o medida del OR según correspondió.

RESULTADOS: La antigüedad de la diabetes en ambos sexos estuvo entre 1 - 40 a ($x=26,2$). 39 pacientes fueron tipo II y 4 tipo I. Los 43 presentaron

arreflexia aquiliana y pérdida de la sensibilidad vibratoria (Biotensiómetro > 25 volts). 33 curaron de sus heridas (76,7%) y 10 requirieron amputación (23,3%). El índice tobillo/brazo por estudio Doppler fue > 0,5 en los 33 curados y en 2 de los amputados y < 0,5 en 8 de los 10 amputados. Esto indicó muy buena correlación entre índice > 0,5 y curación ($p<0,01$), sin diferencias al estratificar por sexo. Entre las causas desencadenantes de la amputación la mayor correlación fue con factor vascular ($p<0,05$). Entre los factores de riesgo predisponentes al daño lo más significativo fue dislipemia con OR=3,58 [IC 95% 1,8-5,7] y tabaquismo en hombres con OR=4,52 [IC 95% 2,1-8,4].

CONCLUSIONES: Como marcador pronóstico de curación la perfusión arterial del miembro afectado es un buen indicador de la conducta terapéutica a seguir y el índice tobillo/brazo señala esa posibilidad. El factor vascular agravado por alteración de las lipoproteínas es indudablemente un marcador de mal pronóstico y solo la revascularización permitirá cumplir con el enfoque terapéutico para detener la progresión de la lesión.

Unidad de Endocrinología

REHIDRATACION ORAL EN NIÑOS CON DIARREA AGUDA CON SOLUCIONES DE MENOR OSMOLARIDAD A LA RECOMENDADA POR LA OMS

Peralta Ml.

PROPOSITO: Realizar revisión bibliográfica sobre publicaciones realizadas en los últimos dos años donde se plantea el uso de sales de rehidratación oral de baja osmolaridad con respecto a las ya tradicionales sales de hidratación recomendada por la OMS/UNICEF en el tratamiento de la diarrea aguda en niños.

FUENTE DE DATOS: Búsqueda en Sistema Medline desde año 1994 a 1996.

SELECCION DE ESTUDIOS: Trabajos originales randomizados y a doble ciego.

RESULTADOS: En pruebas realizadas a doble ciego, los niños con diarrea aguda tratados con sales con osmolaridad reducida mostraron durante la fase de rehidratación una disminución significativamente menor del número de vómitos y deposiciones con respecto a los tratados con sales OMS.

El riesgo relativo de hiponatremia no se vio incrementado por el uso de sales de menor osmolaridad. Durante la fase de mantenimiento y realimentación no hubo diferencias significativas

entre ambos grupos.

CONCLUSIONES: La reducción de la osmolaridad en las sales de rehidratación posee un efecto beneficioso en el curso de la diarrea aguda, disminuyendo en un importante número de niños la cantidad de vómitos y deposiciones durante la fase de rehidratación. Los datos aportados por los distintos trabajos promueven un cambio en la composición de las tradicionales sales de hidratación de la OMS, las cuales desde hace ya más de veinte años cambiaron el curso en el tratamiento de la diarrea aguda no colérica en la niñez.

Servicio de Pediatría.

SISTEMATICA DE ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

PROPOSITO: Presentar una sistemática de valoración y terapéutica del traumatismo craneoencefálico en el Centro de Salud Municipal "Dr. L. Lucero".

FUENTES DE DATOS: Se crea dicha sistemática a partir de una revisión de datos aportados por la "Traumatic Coma Data Bank" y por reuniones entre el Servicio de Terapia Intensiva y el Servicio de Neurocirugía.

SELECCION DE ESTUDIOS: Se incorporan en esta sistemática, pautas, criterios y medidas terapéuticas aportadas por las distintas bibliografías y conclusiones aportadas en la reuniones entre ambos servicios.

RESULTADOS: Se valorarán todos los pacientes que ingresen a dicha sistemática.

CONCLUSIONES: El traumatismo de cráneo es la primera causa de muerte de los individuos de menos de 45 años y la tasa de mortalidad es tres veces más elevada que en cualquier otro tipo de trauma grave sin lesión neurológica. Los pacientes con TEC que llegan vivos al hospital transcurridos treinta minutos del accidente en general no tiene lesiones primarias incompatibles con la vida. En consecuencia la supervivencia y los resultados funcionales dependerán de una atención precoz y calificada orientada a prevenir las lesiones secundarias. Esta modalidad de atención tiende a disminuir la mortalidad en el contexto de un sistema organizado e integrado que comienza en el lugar del accidente.

Servicios de Terapia Intensiva y de Neurocirugía.

ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA EN PEDIATRIA

Vanzini D.

PROPOSITO: Realizar revisión bibliográfica sobre las distintas manifestaciones de la enfermedad meningocócica en niños, analizar los distintos scores de mal pronóstico y evaluar la importancia de la vacunación como medida de prevención.

FUENTES DE DATOS: Búsqueda Medline años 1990 a 1996.

SELECCION DE ESTUDIOS: Se seleccionaron revisiones y trabajos originales.

RESULTADOS: La enfermedad meningocócica puede manifestarse de acuerdo a la localización y esta varía desde compromiso focal o sistémico. Los scores de gravedad permiten valorar con mayor objetividad el grado de compromiso del paciente. La vacuna antimeningococo B C es probablemente útil para la prevención de la enfermedad meningocócica por serogrupo B que es el responsable del 80% de los casos clínicos a nivel mundial.

CONCLUSIONES: La enfermedad por meningococo puede presentarse con signología muy variada por lo que debe intentarse hallar signos y síntomas precoces que orienten al médico a realizar un diagnóstico rápido y una terapéutica adecuada. La vacunación incluyendo diferentes grupos de riesgo, disminuye la incidencia de esta enfermedad en forma significativa.

Servicio de Pediatría.

CORTICOIDES INHALADOS EN PACIENTES ASMATICOS

Zeni C.

PROPOSITO: La característica principal del asma bronquial es la existencia en la vía aérea de un proceso inflamatorio crónico cuya consecuencia inmediata es la presencia de una hiperreactividad bronquial ante diferentes estímulos. La inflamación constituye sin duda, el núcleo principal del problema y lógicamente el tratamiento está dirigido a combatir no sólo los síntomas derivados de la obstrucción bronquial mediante los broncodilatadores, sino también la importante participación inflamatoria con el uso de los glucocorticoides.

El objetivo de esta revisión es recabar información acerca de los mecanismos de acción, ventajas y desventajas del uso de los corticoides inhalados, así como también de las diferentes formas de administración disponibles en el comercio.

FUENTES DE DATOS: Sistema Medline (Silver Plate) años 1990 a 1995.

SELECCION DE ESTUDIOS: Se consultaron trabajos originales y revisiones del tema. **RESULTADOS:** En la actualidad, los glucocorticoides son la terapia disponible más efectiva en el tratamiento del asma. Estos pueden ser administrados por vía oral, endovenosa o en forma mucho más segura, por la vía inhalatoria. Con el reconocimiento de que el componente inflamatorio está presente aún en las formas leves del asma, la terapia con glucocorticoides inhalados es ahora recomendada en estadíos más tempranos de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Los glucocorticoides inhalados son una alternativa segura en el tratamiento de los niños asmáticos. Permite su administración por períodos prolongados de tiempo, con una incidencia mucho menor de efectos adversos y con excelentes resultados terapéuticos.

Servicio de Pediatría.

EVALUACION Y TRATAMIENTO INICIAL EN EL TRAUMATIZADO FACIAL Pezzutti G, David F.

La víctima de un traumatismo facial suele presentar, al mismo tiempo, lesiones en otros órganos o sistemas. La cara se examina mientras se realizan los estudios de los diferentes sistemas de acuerdo a las normas establecidas para la atención inicial del paciente politraumatizado. La frecuencia de los traumatismos faciales es elevada, debido a que la cara está expuesta y posee escasa cobertura de protección. En los últimos años, ha sido notable el aumento en el número de traumatismos en general que ubican a esta causa de muerte en el tercer lugar y en el primero por debajo de los 35 años. Los accidentes automovilísticos son una de las causas más comunes de trauma facial, junto con los asaltos y altercados, las mordeduras de animales, los accidentes de bicicleta, los accidentes hogareños e industriales y las heridas producidas durante las actividades deportivas. Existen en el traumatizado facial dos situaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente: la obstrucción respiratoria, que lleva a la muerte por asfixia y la hemorragia a pesar de que las fracturas de los huesos de la cara rara vez son urgencias quirúrgicas, el tratamiento temprano y preciso, disminuye la posibilidad de desfiguración facial permanente y de limitaciones funcionales graves. En este trabajo monográfico se intentan precisar las diferentes situaciones que se pueden presentar

ante un traumatizado facial, así como se trata de mostrar una sistemática para su estudio y tratamiento en las primeras horas.

Universidad del Salvador.

Carrera de Especialización en Cirugía Plástica y Reconstructiva.

CIRUGIA DE LA PERSONA Pezzutti O, Pezzutti G.

La cirugía es una agresión reglada justificable, que exige al cirujano una responsabilidad total, sin descuidar la dimensión espiritual y social del acto quirúrgico. El cirujano es un hombre de acción que se vale de las manos para que su alma no sea muda. La cirugía ha sobrepasado la ciencia y la técnica para ser una disciplina del conocimiento del hombre.

En medicina antropológica (medicina de la persona) hay que cambiar el concepto diagnóstico (científico) por uno más amplio (ciencia, experiencia, moral) que es el juicio clínico. El mismo, basado en la competencia, tiene además como valores sustanciales la: PRUDENCIA, PACIENCIA, INFORMACION, PERSUACION, que debe coronarse con la compasión y sentido de nuestra imperfección.

Estos valores, con la excelencia en el hacer, ejercen una acción continua y purificadora sobre la vida interna del cirujano, permitiendo configurar un criterio de responsabilidad total en beneficio del paciente. Cada acto operativo o juicio clínico, es una experiencia nueva, una recreación, que lo coloca a la altura de ese papel casi diario de disponer de la vida y de la muerte. Desde la antigüedad se sabe que el camino es hacer las cosas bien, tener la fortaleza para aguantar la responsabilidad, la templanza para que la fiebre de oro sea fiebre de excelencia y el humor para saber reirse de sí mismo.

Servicio de Cirugía General.

LATRODECTISMO

**Casas P, Rebagliati R, Rubio R,
Pacheco Ch, Quiroga D, Silio S.**

RESUMEN: Latrodectismo se denomina al conjunto de signos y síntomas que manifiestan la toxicidad del veneno de arañas *Latrodectus* inoculado en el ser humano. Ocurre accidentalmente, es no frecuente, pero puede ser mortal. El grupo de mayor riesgo lo presentan los menores de 16 años, los mayores de 65 años y los hipertensos o con enfermedad cardiovascular previa.

Presentamos el caso de una paciente de 18 años previamente sana, que al apoyar su mano contra una pared, en horas nocturnas siente un dolor intenso tipo picadura en la región tenar izquierda con irradiación a la axila homolateral sin poder reconocer el agente causal. A las 3 hs. del hecho, consulta en el servicio de guardia de un Hospital, presentando mialgias generalizadas, contracturas dolorosas en abdomen, tórax y miembros, pérdida del sostén postural y disnea. El cuadro clínico es interpretado como una reacción alérgica y se le administran 2 ml de Difenhidramina en foma IM y se otorga el alta. Al continuar con igual sintomatología consulta en nuestro hospital. La paciente al ingreso se encuentra lúcida, niega el consumo de alcohol y drogas. Al ser examinada se advierte la presencia de una lesión en escarapela de 3 cm de diámetro, eritematosa en la periferia y muy dolorosa. A la palpación experimenta dolor a nivel esternal y en miembros inferiores con paroxismos de contracturas dolorosas en tórax, abdomen y miembros. Durante la crisis de dolor presentaba hiperreflexia osteotendinosa, taquicardia, taquipnea e hipertensión diastólica. En el Laboratorio presentaba: 13500 leuc./mm³, EAB a las 13 hs.: PH 7,52/PO₂ 104/PCO₂ 22,3/Bic. 18,6/Sat. 99%/Fio₂ 21% 15.30 hs.: PH 7,35/PO₂ 198/PCO₂ 29,8/Bic 16,5/Sat. 99% (alteración que se mantuvo todo el día) CPK 215 (M < 170) Mb < 6%, Calcio 8,8 y Sedimento Urinario Normal. ECG: trastornos de repolarización inespecíficos con y sin taquicardia sinusal. Ante la presunción diagnóstica se realiza interconsulta al Centro de toxicología de La Plata, sugiriendo la administración del Suero Antilatrodectus 2 ml, Gamablobulina Antitetánica IM, Hidrocortisona 1 gr EV, Clorpromacina EV. La paciente evoluciona con crisis de taquicardia, taquipnea y dolor en menor intensidad y menor duración, con edema facial y flictena de la lesión en piel; al tercer día es dada de alta sin otras complicaciones. Presentamos este caso por considerar al

Latrodectismo como una enfermedad grave que puede presentarse a cualquier edad teniendo diversos diagnósticos diferenciales y con grupos en los que puede tener desenlace fatal si no es tratada a tiempo.

Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

DEPRESION:

SINTOMA-SIGNO

**García del Cerro R, Casas M,
Santarelli G, Gigón G.**

INTRODUCCION: el diagnóstico y abordaje de trastorno depresivo ofrece dificultades en el medio hospitalario.

OBJETIVO: realizar un estudio piloto para el diagnóstico y tratamiento precoz del trastorno depresivo en internación con los servicios médicos y revisar de la nosología los síntomas-signos de esta patología.

MATERIALES Y METODOS: se utiliza el método de selección DSM4-CIE9 (entrevistas de evaluación). De 120 personas asistidas en un período de 3 años, el 65% lo es por depresión. Los pacientes con trastornos depresivos, se dividen en grupos etarios de 1 a 20 años, 21 a 60 y más de 60, para la atención por Psicología, Psicología y Psiquiatría y Psiquiatría respectivamente. La forma del tratamiento para los mismos grupos, es psicoterapéutico con apoyo farmacológico selectivo, psicoterapéutico y farmacológico y para el grupo de más de 60 años, farmacológico con psicoterapia con apoyo familiar.

RESULTADOS: los pacientes arriban a la consulta en forma temprana el 21% y tardíamente el 79%. Consultan espontáneamente el 49% con las crisis intercurrentes el 30% y por derivación médica el 21%. Los pacientes de 1 a 20 años conforman el 39%, los de 21 a 60 el 43% y más de 60, el 18%. El 58% de los pacientes alcanzó el alta al año de tratamiento y la deserción, antes del año, con compensación sintomatológica o abandono espontáneo el 42%.

CONCLUSIONES: la mayor cantidad de pacientes tiene un arribo tardío a la consulta con sintomatología que enmascara el cuadro (necesidad de diferenciar entre síntoma-signo) para un diagnóstico precoz y tratamiento efectivo. Necesidad del conocimiento de la relación síntoma-signo del trastorno depresivo, en la práctica clínica para el abordaje temprano del trastorno depresivo.

Servicio de Psicopatología del Hospital Italiano Regional

del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

AUMENTO DE LA RESISTENCIA A NORFLOXACINA EN INFECCIONES URINARIAS DE PACIENTES DIALIZADOS

Abicht S, Taffetani H.

RESUMEN: La norfloxacinina es un compuesto fluorado inhibidor de la enzima girasa bacteriana que posee acción bactericida. Es uno de los antimicrobianos de elección para infecciones urinarias.

El objetivo del presente trabajo es analizar la sensibilidad a este antibiótico en muestras de urocultivo de pacientes sometidos a diálisis, ya que ésta es una población habitualmente sometida a terapia antibiótica.

Se estudiaron 774 muestras en los que se analizaron muestras de orina (chorro medio) para cultivo, se sembraron en medio agar suplementado con 5% de sangre y agar CLDE (cisteína lisina desprovista de electrolitos) luego se realizaron las pruebas bioquímicas para identificación de los gérmenes y las pruebas de sensibilidad a los antibióticos por el método de Kirby Bauer.

Resultaron positivas 93 muestras (12%) hallándose el siguiente orden de frecuencia: *Enterococcus faecalis*, con un 41,5%; *Escherichia coli*, con un 32%; *Streptococcus spp*, 9,6%; *Pseudomonas aeruginosa*, 6,4%; *Enterobacter*, 4,3%; *Staphylococcus coagulasa negativa*, 3,2% y *Proteus*, 1%. El 53% de los urocultivos positivos a *Enterococcus faecalis* fue resistente a la Norfloxacinina mientras que para todos los demás gérmenes el porcentaje de resistencia fue 0% (salvo para *Pseudomonas aeruginosa* que fue del 50%, pero es un porcentaje esperado para este germen).

El *Enterococcus faecalis* presentó una alta resistencia a Norfloxacinina siendo este un germen habitualmente sensible. Por lo cual la prueba de sensibilidad a las antibióticos debe tenerse en cuenta como herramienta fundamental, en los tratamientos alternativos para evitar la selección de cepas resistentes a la Norfloxacinina.

L.A.C.I. Laboratorios de Análisis Clínicos Integrados. Bahía Blanca.

INFECCIONES POR MYCOPLASMA HOMINIS, UREAPLASMA UREALITICUM Y CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Abicht S, Hernández D.

INTRODUCCION: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealiticum* y *Mycoplasma hominis* son agentes causales de uretritis no gonocócicas, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis y endometritis crónica, infertilidad en hombres y mujeres, partos de fetos muertos y patología asociada a la infección por virus del papiloma humano.

OBJETIVO: analizar la incidencia de *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum* y *Chlamydia trachomatis* en infecciones genitales y su correlación con la presencia de reacción inflamatoria.

MATERIALES Y METODOS: se estudiaron 207 pacientes, 119 mujeres y 88 hombres, comprendidos entre 21 y 62 años. En las mujeres se tomaron muestras de flujo vaginal e hisopado endocervical; en los hombres: primer chorro miccional e hisopado uretral.

METODOS: cultivo de *Ureaplasma urealiticum* y *Mycoplasma hominis* *Chlamydia trachomatis*: a) Detección de antígeno por inmunofluorescencia directa. b) Detección de anticuerpos por Enzimoimmunoanálisis.

RESULTADOS: en las mujeres, el 6,32% de las muestras fueron positivas para *Mycoplasma hominis* y 22,78% para *Ureaplasma urealiticum*. El antígeno para *Chlamydia* resultó positivo en el 21% de los casos y se encontró un 16% de positividad en la detección del anticuerpo. En los hombres el 45% de las muestras fueron positivas para *Ureaplasma urealiticum* y el 26% para *Chlamydia trachomatis* (antígeno). En las mujeres se encontró correlación entre reacción inflamatoria e infección por *Ureaplasma urealiticum* y *Mycoplasma hominis* (80%), no así en *Chlamydia trachomatis*. En los hombres no se encontró correlación entre reacción inflamatoria e infección.

CONCLUSIONES: dado que la reacción inflamatoria presenta ciertas limitaciones en la predicción de infecciones no gonocócicas, creemos importante efectuar la búsqueda sistemática de los agentes causales de dicha patología.

L.A.C.I. Laboratorios de Análisis Clínicos Integrados. Bahía Blanca.

PROSTACTETOMIA RADICAL EN TRATAMIENTO DE ESTADIOS INICIALES EL CANCER DE PROSTATA. EXPERIENCIA DEL CLUB UROLOGICO DEL SUR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Romanelli F, Alvarez F, Baccini C, Piaggio N, Bogado H, Aldaya P, Bruno R, Fernández H, D'Auria M, Nigro M, Lorenzo H, Castorina A, Frattini E, Marina A, Dant R, Aguirre R, Smith, Blanco J, Platz A.

OBJETIVOS: Se evalúan 60 pacientes tratados en diferentes centros con cirugía radical en el cáncer de próstata localizado.

MATERIALES Y METODOS: Se revisan las prostactetomías radicales realizadas en los últimos 15 años. Se utiliza la técnica clásica hasta 1983 para luego adoptar la de Walsh, con o sin preservación de las bandas neurovasculares.

RESULTADOS: La edad promedio fue de 64 años, en el 92% de los pacientes el PSA fue superior a 4 ng/ml, el 74% fueron estadios clínicos T2 NX MO, se observa un 35% de subestadificación clínica.

El 12% presentó incontinencia de orina hasta los 6 meses de operados. El 86% está impotente luego de la cirugía. La morbilidad perioperatoria fue baja. La mortalidad fue del 0%.

CONCLUSIONES: En virtud de los resultados obtenidos, la prostatectomía radical con intención curativa en el tratamiento del cáncer localizado de la próstata es una alternativa terapéutica con baja morbimortalidad.

Esto la ha hecho reproducible en los diferentes centros que integran nuestro grupo de trabajo.

**MODULACION BIOQUIMICA DEL FLUOROURACILO (FU) POR METROTEXATE (MTX) Y LEUCOVORINA (LV) EN PACIENTES (PTES) CON CANCER GASTRICO (CG) AVANZADO LOCALMENTE (AL) O METASTASICO (M)
Autores: (*)**

RESUMEN: Entre mayo de 1993 y octubre de 1995, 29 pacientes no tratados con M^o AL CG entraron en este estudio. El tratamiento consistió en MTX 200 mg/m² en infusión de 20 minutos al inicio (Hora 0), FU 1200 mg/m² EV en bolo en hora 20 y rescate con LV 25 mg/m² IM cada 6 hs. x 6 dosis comenzando en la hora 24 del tratamiento, repitien-

do cada 15 días.

Son evaluables 28 pacientes para respuesta (R) y 29 para toxicidad (TX). Las características de los pacientes fueron: mediana edad 56 años (32-69); estadio IV 27 pacientes, estadio IIIB 2 pacientes; mediana PS (ECOG) 1 (0-2); órganos metastazados: hígado 69%, pulmón 7%, hueso 7%, peritoneo 17%, ganglios 24%. Se observó respuesta objetiva en 12/28 (43%), completa 1/28 (4%) y parcial 11/28 (39%), no cambio 13/28 (46%) y progresión en 3/28 (11%).

la duración media de la respuesta fue de 7 meses (3-13), la media al fallo del tratamiento fue de 6 meses (1-25) y lasobrevida media fue 9 meses (1-25). Toxicidad: anemia 19 pacientes (66%) (G1-2 16 pacientes, G3 3 pacientes), leucopenia 12 pacientes (41%) (G1-2 6 pacientes, G3 4 pacientes, G4 2 pacientes), neutropenia 12 pacientes (41%) (G1-2 6 pacientes, G3 5 pacientes, G4 5 pacientes), plaquetopenia 10 pacientes (34%) (G1-2 6 pacientes, G3 3 pacientes, G4 1 paciente), mucositis 16 pacientes (55%) (G1-2 12 pacientes, G3 3 pacientes, G4 1 paciente), vómitos 18 pacientes (62%) (G1-2 13 pacientes, G3 5 pacientes), diarrea 10 pacientes (34%) (G1-2 9 pacientes, G3 1 paciente), piel 5 pacientes (17%) (G1 4 pacientes, G2 1 paciente), infección 3 pacientes (10%) (G1 1 paciente, G3 1 paciente, G4 1 paciente) y hemorragia G4 en 1 paciente.

Observamos una muerte relacionada con el tratamiento debido a severa leucopenia, neutropenia, infección y hemorragia. En conclusión la modulación bioquímica del FU por MTX y LV es un régimen activo en el CGAL o M y con aceptable toxicidad.

(*) *Grupo Oncológico Cooperativo del Sur (GOCS)*

TERAPIAS ALTERNATIVAS

Autores: (*)

RESUMEN: Cuatrocientos cincuenta de 563 pacientes (80%) tratados en Instituciones miembros del GOCS respondieron anónimamente en cuestionario cuyo objetivo fue investigar el uso de métodos no convencionales del tratamiento del cáncer (MNCTC). Setenta y siete pacientes (17%) declararon haber tenido alguna experiencia con uno o más MNCTC. Los métodos más usados fueron: Hansi (89%); Crotoxina; Agua de Tlacote; Flores de Bach e Inyecciones de Acido Desoxiribonucleico. Setenta y uno por ciento de los pacientes usaron estas terapias concomitantemente con el tratamiento convencional del cáncer y 14% lo hicieron previamente al

mismo.

Un tercio de los pacientes no fueron controlados por ningún médico durante el tratamiento, recibiendo la prescripción por correspondencia. No hubo efectos adversos por los MNCTC.

Las razones del uso de MNCTC fueron principalmente hacer todo lo posible por mejorar la calidad de vida en el 46% de los pacientes, información de pacientes tratados exitosamente con estas terapias en el 36% y la esperanza de un tratamiento sin efectos adversos en el 18%. La influencia del entorno y amigos fue decisivo para utilizar los MNCTC en el 62% de los casos y la más relevante fuente de información fueron los medios de comunicación masiva. Más de la mitad de los pacientes no discutieron el uso de MNCTC con el oncólogo tratante.

CONCLUSION: La proporción de pacientes que usaron MNCTC fue baja (17%), un porcentaje similar (17%), que no lo realizaron por razones geográficas y/o económicas podría potencialmente haberlo aceptado.

Grupo Oncológico Cooperativo del Sur (GOCS)

HAMARTOMAS RENALES - ESTUDIO POR IMAGENES

**Picorel J, Vives D,
Gómez Gimenez E.**

RESUMEN: El propósito de este trabajo fue averiguar retrospectivamente en 8 casos y prospectivamente en 13, cuales eran las formas de presentación de los hamartomas renales y en aquellos casos que fuera posible, efectuar un seguimiento para investigar cuál es la evolución natural de la enfermedad. Arbitrariamente se tomó un lapso de tiempo, entre los años 1984 y 1996 y se evaluaron más de 27.000 ecografías abdominales efectuadas fundamentalmente en el Hospital Italiano de Bahía Blanca y en menor medida en otros establecimientos. La ecografía fue el método diagnóstico inicial en todos los casos. Se encontraron 21 pacientes con imágenes compatibles con Angiomiolipomas (AML), siendo lesiones únicas en 18 pacientes y múltiples en 3, una de las cuales correspondía a una esclerosis tuberosa.

Ecográficamente, todas las lesiones excepto una, fueron imágenes nodulares ecogénicas prácticamente patognomónicas, con tamaños entre 5 y 59 mm. Una sola lesión fue hipoeecogénica, no habiendo sido diagnosticada como AML, sino como un probable hipernefroma.

Tomográficamente, las lesiones tienen tres pa-

trones: un 25% simulan lipomas por tener mayoría de componentes graso. El 60% tiene tejido graso junto con otros y en un 15% no se reconoce tejido graso y es indistinguible de un carcinoma.

En la evolución de los pacientes se constató que cuatro que poseían lesiones ecogénicas fueron operados: el de la esclerosis tuberosa por una hemorragia retroperitoneal y otros tres, por dudas diagnósticas de los médicos tratantes.

El restante fue operado con el diagnóstico presuntivo de hipernefroma. En otros 6 pacientes se pudo efectuar un control alejado de la lesión no habiendo encontrado crecimiento significativo.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

CONDILOMA ACUMINADO: PRESENTACION DE UN CASO

**Bartolini F, Quiroga D, Romano H,
Jara C.**

PRESENTACION DEL CASO: Se presenta un paciente de sexo masculino de 45 años que consulta por tumor exofítico en forma de "coliflor" de 20 cms de diámetro, con múltiples erosiones, en región perianal y glútea, con lesiones similares más pequeñas en periné. Había comenzado 20 años antes con una pequeña verruga en región perianal diagnosticándose condiloma acuminado, que fue aumentado de tamaño. Recibió diversos tratamientos: antiinflamatorios, podofilina local y 7 años antes del ingreso escisión parcial de la tumoración a pesar de lo cual las lesiones recidivaron adquiriendo el tamaño actual.

No presentaba antecedentes de homosexualidad o uso de fármacos o estupefacientes. En el examen se observaba el tumor y múltiples fístulas perineales.

El laboratorio mostró: anemia, leucocitosis, VDRL negativa y HIV negativo.

TAC abdominopelviana: infiltración de piso de pelvis menor.

El paciente fue sometido a colostomía de descarga y resección tumoral parcial, programándose reconstrucción plástica.

DISCUSION: el condiloma acuminado gigante o tumor de suschke lowenstein de la región perianal es una entidad poco común cuyo agente etiológico es un papilomavirus humano.

Se observa con mayor frecuencia en personas inmunodeprimidas y con SIDA.

Presentamos este caso debido a lo infrecuente de su aparición especialmente en un paciente HIV

negativo.

Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

OSTEOMIELITIS POR PSEUDOMONA

González M, Romano H, Bartolini F.

INTRODUCCION: la osteomielitis por Pseudomona es una entidad poco frecuente en pacientes no inmunocomprometidos.

Presentamos el caso de una paciente con osteomielitis clavicular inmunocomponente.

CASO CLINICO: paciente de 50 años que consulta por presentar tumefacción dolorosa a nivel de articulación esternoclavicular derecha.

Dos meses antes con motivo de una colecistectomía se le realizó una punción subclavia para obtener un acceso venoso central.

Desde el egreso hasta la fecha consulta en varias oportunidades, acusando dolor en hombro derecho, por lo que fue medicado con antiinflamatorios y antibióticos sin obtener respuesta favorable.

Al examen físico: afebril, parámetros vitales normales, tumefacción en base de cuello con borramiento de fosa supraclavicular derecha con eritema de la piel sobre articulación esternoclavicular.

Laboratorio: HTO 25%, FAL x 2, ERS 136.

Rx: osteopenia difusa de extremo proximal de clavícula con borramiento de la cortical.

RMN: masa en extremo medial de clavícula derecha de aproximadamente 55 mm de diámetro, con deformación de tejido blando en parte anterior del tórax.

Centellografía ósea: hipercaptación de radiocontraste en extremo proximal de clavícula y articulación esternoclavicular.

Se realiza biopsia de la lesión con envío de material óseo para cultivo, que informó el desarrollo de Pseudomonas Sp sensible a Cefotaxidima, iniciándose entonces tratamiento con dicho antibiótico durante 21 días, con buena tolerancia y respuesta al mismo según parámetros clínicos y bioquímicos de seguimiento. La osteomielitis esternoclavicular es producida comunmente por Stafilococcus Aureus, presentándose con mayor frecuencia en individuos que abusan de drogas intravenosas.

En inmunocomprometidos o tras la inserción de catéteres centrales con escasa frecuencia se ha aislado Pseudomona Aeruginosa.

Residencia y Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

ABSCESO PULMONAR EN UNA CAVIDAD DE QUISTE HIDATIDICO

**D'Agostino M, Teplitz E, Deguer C,
Garat C.**

INTRODUCCION: La hidatidosis o echinococosis es una enfermedad producida por dos tipos de tenias: Echinococcus granulosus y Echinococcus multilocularis que parasitan el ganado bovino y vacuno. Los perros y cánidos son sus huéspedes definitivos, si el hombre se contamina se comporta como huésped intermedio con formación de quistes en distintos órganos.

La Argentina se incluye entre los países con prevalencia más alta de esta parasitosis.

PRESENTACION DEL CASO: Presentamos el caso de un adolescente de 15 años, con absceso pulmonar de lóbulo superior izquierdo, tratado desde su ingreso con medicación antibiótica endovenosa.

Pos análisis complementarios se diagnostica hidatidosis (equinococosis), encontrándose dicho quiste como único en todo el organismo.

Cumplido el tratamiento antibiótico, se realiza lobectomía con recuperación total clínica y radiológica.

CONCLUSIONES: La hidatidosis es una enfermedad frecuente en la Argentina, si bien su hallazgo es poco habitual en la edad pediátrica debido al lento crecimiento de los quistes, debemos pensar en ella cuando nos encontramos ante una imagen compatible con formación quística o un absceso de pulmón o hígado.

Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

ASISTENCIA VENTILATORIA NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Acquafredda M, Romano H.

RESUMEN: La ventilación con presión positiva intermitente a través de máscara nasal es una alternativa "no invasiva" para pacientes con insuficiencia respiratoria.

Con el objetivo de observar la respuesta a esta nueva técnica de soporte ventilatorio y sus complicaciones, se presentan 6 pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica reagudizada de diversas etiologías que ingresaron a la sala de clínica médica o a la unidad de cuidados intensivos, mayores de 18 años, hemodinámicamente estables alerta y colaboradores que al no responder a las medidas iniciales

de tratamiento con O₂ a fracciones inspiradas crecientes, broncodilatadores o corticoides según la patología de base, fueron sometidos a asistencia ventilatoria no invasiva con doble nivel de presión (Bipap, sistema portátil DP 90), con máscara nasal.

Los pacientes presentaron 2 o más de los siguientes parámetros: PO₂ < 60 mmHg, PCO₂ > o = 50 mmHg o fatiga ventilatoria sugerida por: FR > 0 = 30 por minuto, utilización de músculos accesorios, ventilación paradójal.

Se excluyeron aquellos con necesidad inmediata de ARM convencional, presencia de traqueostomía o intubación previa la admisión o los que presentaron desórdenes del SNC.

En todos los casos se realizó monitoreo continuo con oximetría de pulso, gasometría arterial previa y a las 2, 8 12 y 24 hs., así como seguimiento clínico de FR, estado del sensorio y estabilidad hemodinámica.

De los 6 pacientes, 3 eran de sexo femenino y 3 masculino con edades comprendidas entre 47 y 86 años; 5 presentaron insuficiencia respiratoria hipoxémica e hipercápnica y sólo 1 hipoxémica.

Se obtuvieron en todos los casos mejoría clínica y gasométrica, sin necesidad de Asistencia Respiratoria convencional (ARM).

En 4 de los 6 casos se registraron efectos adversos, 2 con úlceras en el tabique nasal y 2 con dificultades para eliminar secreciones.

Tres de los pacientes se externaron con oxígeno terapia domiciliaria y 1 con soporte ventilatorio con con Bipap.

Surge de nuestra observación que la asistencia ventilatoria no invasiva fue una alternativa de soporte ventilatorio para pacientes seleccionados, admitidos por insuficiencia respiratoria aguda o crónica reagudizada, evitándose la intubación endotraqueal.

Residencia de Clínica Médica y Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO CON HIPERTENSION PULMONAR GRAVE. EVOLUCION CON CPAP/BIPAP Y CIRUGIA Blacher S (), Teplitz E (*), Deguer C (*), Vecchi C (***), Comezaña C (****), Garat C (*), D'Agostino M (*).**

La apnea obstructiva del sueño es una causa significativa de morbilidad en niños. Sus complicaciones incluyen: faltas en el desarrollo, cor pulmonar y a veces muerte súbita.

La mayoría de estos pacientes tienen hipertrofia adenoamigdalina y pueden ser tratados cuidadosamente con cirugía. Sin embargo factores predisponentes como anomalías craneofaciales, debilidad muscular, obesidad o complicaciones como cor pulmonar severo requieren tratamientos iniciales alternativos, como traqueostomía o actualmente presión positiva continua en la vía aérea o un doble nivel de presión positiva en la vía aérea (CPAP/ BIPAP).

Presentamos el caso de un niño pretérmino, ventilado con hipotonía marcada y retraso madurativo. Refiere trastornos conductuales y dificultades en el sueño. A los 3 años se evidencian apneas muy importantes por lo que se le realiza estudio polisomnográfico demostrándose severos episodios de hipoxia en el sueño de causa obstructiva (OSA).

El estudio cardiológico muestra hipertensión pulmonar de gradiente muy severo que hace riesgosa una intervención quirúrgica. Se decide colocar en CPAP y luego en BIPAP con excelente evolución y a pesar de los informes bibliográficos poco alentadores, se observa franca mejoría en su evaluación cardiológica.

A los 3 meses de tratamiento se decide realizar adenoamigdalectomía pudiendo ser desconectado del BIPAP durante el sueño con normalización en su polisomnografía.

Concluimos que al igual que otros reportes CPAP/BIPAP fue efectivo y bien tolerado para este niño con OSA y cor pulmonar severo. La reversión de esta complicación en gradiente avanzado se considera una excepción en la literatura consultada por lo que creemos que se deben realizar estudios colaborativos para reevaluar estos pacientes.

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

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

*(***) Neurólogo Infantil*

*(****) Cardiólogo Infantil*

SINDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY SERVELLE Y HEMIMEGALENCEFALIA. UNA INFRECIENTE ASOCIACION
Vecchi C (*), Labrousse C (),**
Deguer C (*), D'Agostino M (***),**
Bonino O (*), González Yebra A (***),**
Teplitz E (*), Garat C (***).**

OBJETIVO: Presentar una angiodisplasia inusual como el síndrome de Klippel-Trenaunay-Servelle asociada a una hemimegalencefalia, variante muy rara de la cual sólo encontramos ocho casos publicados.

ANTECEDENTES: Embarazo de término de 39 semanas controlado con diagnóstico prenatal de hidrocefalia y tumoración a nivel de muslo y cadera, no definida, desde las 22 semanas.

Familia sin antecedentes de importancia ni tóxicos durante el embarazo.

HISTORIA ACTUAL: Nace el 26/4/95 por cesárea, RNT PAEG 39 semanas, 3500 g con macrocefalia y hemangiomas superficiales y profundos, lionfagiomatosis que compromete hemicuerpo derecho, a predominio en miembro inferior, con macropodia bilateral. La hidrocefalia es con dilatación importante del ventrículo lateral derecho, con desplazamiento hacia la izquierda de la línea media que requiere una válvula de derivación ventrículo-peritoneal en el período neonatal inmediato.

No se halló fístulas arteriovenosas. La RMN confirma hallazgos de ecografía cerebral presentando hemimegalencefalia sobre hemisferio derecho con dilatación ventricular, polimicrogiria, gliosis y agenesia de cuerpo calloso. Por EEG se diagnostica un síndrome de Otahara, patología muy poco frecuente y de mal pronóstico.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

- Síndrome de Klippel Trenaunay Servelle
- Hemimegalencefalia con malformaciones cerebrales
- Síndrome de Otahara

EVOLUCION: Hasta el año, ha mostrado un severo retardo neurológico con crisis diarias de espasmos.

(* *Servicio de Neurología del Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero". Estomba 968. Bahía Blanca.*

(** *Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.*

(*** *Servicio de Neonatología y Pediatría del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.*

REFLUJO GASTROESOFAGICO EN PEDIATRIA
Garat C.

INTRODUCCION: Identificar manifestaciones digestivas de reflujo gastroesofágico (RGE) primario.

MATERIAL Y METODOS: De 143 pacientes con RGE en seguimiento por consultorio externo fueron evaluados 79 pacientes con RGE primario y manifestaciones digestivas. El diagnóstico se realizó por la clínica, seriada esofagogastroduodenal y pHmetría de 18-24 hs..

RESULTADOS: Los pacientes con RGE primario y manifestaciones digestivas fueron 79, 12 de los cuales presentaban anomalías neurológicas. Los síntomas digestivos fueron: vómitos 93%, regurgitación 89%, halitosis 7%, rumiación 31%, sialorrea 23%, hematemesis 93%, melena 2,5%, disfagia 12,5%, pirosis 5%, dolor retroesternal 7,5% y dolor epigástrico 23%. La edad de presentación fue de 13 días a 6 años, la edad de diagnóstico fue de 17 días a 9 años, 13 pacientes se diagnosticaron luego de los 4 años. En todos se realizó SEGDN normal y pHmetría 18-24 hs. patológica en 79. La evolución fue satisfactoria en 64 pacientes con tratamiento médico. Requiritieron tratamiento quirúrgico 15 pacientes de los cuales 10 eran neurológicamente anormales.

CONCLUSIONES: Las manifestaciones digestivas son las más frecuentes de RGE (75%), siendo los vómitos y las regurgitaciones los más comunes (93%). Aparecen principalmente en el primer año de vida. La PHmetría esofágica de 18-24 hs. permitió determinar la severidad del RGE. Con síntomas típicos se debe tratar con medidas generales proquinéticas y antiácidos, si el mismo falla en 1-2 meses se debe realizar pHmetría y agregar bloqueantes H2. El tratamiento quirúrgico se realiza si: falla el tratamiento médico, esófago de barret, estenosis esofágica o síndrome de muerte súbita frustra que no responde al tratamiento médico. Nuestra casuística es comparable a la de otros autores. *Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

CONSTIPACION CRONICA Y ENCOPRESIS EN NIÑOS

Garát C.

INTRODUCCION: Los desórdenes de la eliminación de materia fecal, especialmente la constipación crónica retensiva con encopresis secundaria, son frecuentes en pediatría. Es el objetivo de esta casuística la identificación de esta alteración del hábito intestinal en niños.

MATERIAL Y METODOS: De 273 pacientes con constipación en seguimiento por consultorio externo, fueron evaluados 113 pacientes con constipación crónica retensiva con encopresis secundaria. El diagnóstico se realizó por clínica y Rx abdomen.

RESUMEN: Sexo femenino 77 y masculino 36. Edad de presentación 0-5 años 54 pacientes, más de 6 años 59 pacientes. Edad de diagnóstico 0-5 años 23 pacientes, más de 6 años 90 pacientes. Síntomas y signos: constipación 113, encopresis y retención 113, deposiciones de mayor tamaño y consistencia 113, dolor abdominal 34, problemas psicológicos o conductuales 17, prolapso rectal 3, trastornos alimentarios 26, terapia previa 68, historia familiar de constipación 45, alteraciones de crecimiento 9, eliminación de meconio en las primeras 24 horas de vida 113, enuresis 11, antecedentes de enfermedades crónicas ninguno, distensión abdominal 22, masa abdominal palpable 72, impactación fecal 90 y peso < P5 3.

En todos se realizó Rx de abdomen de pie, en 8 rectografía y en 12 colon por enema.

Tratamiento: reeducación del hábito intestinal, dieta rica en fibras y aceite mineral.

Evolución: buena (no encopresis y no constipación) 75% y mala (encopresis) 25%.

CONCLUSION: Es la segunda causa frecuente de constipación crónica en la infancia, se requiere para el diagnóstico un interrogatorio adecuado, 90% de los casos no requieren estudios complejos. La reeducación del hábito intestinal es el pilar del tratamiento, cumpliendo los laxantes y lubricantes un rol secundario. la prevención se realiza en la consulta pediátrica habitual.

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

REFLUJO GASTROESOFAGICO Y SINDROME DE MUERTE SUBITA FRUSTRADA

Garat C.

INTRODUCCION: Reconocer el RGE primario como causa de síndrome de muerte súbita frustrada (SMSF o eventos de aparente amenaza a la vida EAAV o ALTE).

MATERIAL Y METODOS: De 143 pacientes con RGE en seguimiento por consultorio externo, fueron evaluados 8 pacientes con RGE primario y SMSF. Con evaluación neurológica, cardiológica, metabólica e infecciosa. El diagnóstico se realizó por la clínica, seriada esofagogastroduodenal y pHmetría de 18-24 hs.

RESULTADOS: Edad de presentación: menores de 1 mes de vida, 6 pacientes y entre 1-2 meses de vida, 2 pacientes. Representan el 6% de los pacientes en seguimiento por RGE. Todos consultaron por episodios de apnea con cianosis, 5 niños tenían síntomas digestivos previos de RGE y 3 eran silentes, posteriormente todos tenían síntomas de RGE. Se les realizó electrocardiograma, Rx tórax, SEGD, evaluación cardiológica, ecografía cerebral, electroencefalograma, evaluación neurológica, anión gap, EAB, amoniemia y urocultivo, siendo los mismos normales. pHmetría computarizada de esófago 18-24 hs. patológica en los 8 pacientes, con RGE 20-30% moderado en 3, y RGE > 40% severo en 5. SE realizó tratamiento médico en todos, con buena evolución en 7 pacientes y 1 repitió 2 episodios más de SMSF (mala evolución) que requirió de tratamiento quirúrgico con buena evolución posterior.

CONCLUSION: Es una rara manifestación de RGE. Los episodios de SMSF es la manifestación clínica más grave de RGE (6% < 2 meses). SE debe investigar RGE con pHmetría de esófago de 18-24 hs. en todo paciente que presenta SMSF. Se comienza con tratamiento médico y medidas de vigilancia o monitoreo domiciliario, si se repiten los episodios de SMSF realizar tratamiento quirúrgico de esófago. *Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

HEMORRAGIA CEREBRAL RECURRENTE POR ANGIOPATIA AMILOIDE

Matoso M, Romano H, Bartolini F.

RESUMEN: La angiopatía amiloide es una patología frecuente en individuos mayores de 55 años.

La hemorragia cerebral es su forma clásica de presentación. Se caracteriza por el depósito de sustancia amiloide en los pequeños vasos cerebrales.

Se presenta un paciente de 40 años, sexo femenino, con antecedentes de ACV hemorrágico y anemia, que comenzó con cambios en la conducta y desorientación témporo espacial pocas horas antes del ingreso.

Al examen físico, se constata rigidez de decerebración en hemicuerpo izquierdo con estrabismo divergente. la TAC de cráneo mostró hematoma témporoparietal derecho.

La RMN evidenció múltiples imágenes pequeñas compatibles con sangrado en sustancia blanca. Arteriografía normal.

Se realizó drenaje quirúrgico de la colección y biopsia cerebral que informó angiopatía amiloide.

la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

CONCLUSION: La angiopatía amiloide es infrecuente que afecte a individuos jóvenes. Ante una hemorragia cerebral, excluidas las causas más frecuentes, debe considerársela como diagnóstico diferencial.

Residencia y Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

FISTULA CECAL

Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A, Camicia G, Sofía G, Cantarelli S, Moro M, Tentoni P, Reveruzzi A.

RESUMEN: Paciente de 46 años que fue intervenido quirúrgicamente hace 8 meses en otra institución con diagnóstico de apendicitis aguda. Se le realiza apendicectomía, drenaje del Douglas y cecostomía con sonda y fijación del ciego a la pared abdominal.

La biopsia de esa intervención fue apendicitis aguda inespecífica.

Se realizan estudios preoperatorios, colonoscopia y se decide el abordaje por procedimiento laparoscópico.

Con la colocación de la cámara por vía umbilical y tres canales de trabajo se disecciona el ciego fijo a la pared, individualización de la fístula entero-cutánea

y sutura del intestino con prolene 3/0.

Se comprueba la hermeticidad de la sutura, colocación de tubo de drenaje.

Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

COLECISTECTOMIA Y COLEDOLITOTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA (VLC)

Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A, Camicia G, Sofía G, Cantarelli S, Moro M, Tentoni P, Reveruzzi A.

RESUMEN: Paciente de 80 años con antecedentes de gastrectomía por úlcera hace 25 años que presenta síndrome coledociano intermitente por litiasis vesicular y coledociana (cálculo de 10 mm diagnosticado ecográficamente).

Luego de establecer la carpa quirúrgica a través de trocar de Hassan, se colocan tres canales de trabajo liberando múltiples adherencias de la cirugía previa al lecho vesicular. Se liga el conducto cístico, disección del pedículo hepático identificándose el coledoco que se abre. Colocación del coledocoscopia a través de otro canal de trabajo. Coledocoscopia, diagnóstico de litiasis coledociana, coledocolitotomía, coledocorrafia sobre tubo de Kher y colangiografía.

Colecistectomía y drenaje sub-hepático, previo control de hemostasia.

Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

DOSAJES DE PSA TOTAL/LIBRE

Reimers A, Sola M.

RESUMEN: El antígeno prostático específico (PSA) es una glicoproteína que se detecta en líquido seminal y en suero. Se halla en individuos sanos, en pacientes con enfermedades benignas o con cáncer de próstata.

El PSA aumenta con la edad del individuo. El 10% del PSA circula como PSA libre, haciendo la relación libre/total se puede discriminar entre adenoma benigno y cáncer de próstata. Se revisaron los análisis de PSA y PSA libre realizados en el período desde agosto de 1995 a septiembre de 1996. Se descartaron todos aquellos de los cuales no poseíamos datos (10% del total). La metodología I.R.M.A. para las determinaciones de PSA total y PSA libre, con anticuerpos monoclonales, se utilizó Kits C.I.S. Estos marcadores poseen "especifici-

dad” (ausencia de falsos positivos) y “sensibilidad” (0,04 ng/ml).

Se revisaron 420 determinaciones de PSA:

Años	Nº	0-2,5 ng/ml	2,6-4 ng/ml	4,1-7 ng/ml	> 7,1-20
40-50	60	50	7 44 < de 1,5	3	- -
51-60	119	84	16	14	5
61-70	137	84	21	20	12
71-80	85	45	16	18	6
> 81	19	8	4	5	2

28 pacientes tenían valores desde 25 a mayores de 200 ng/ml. Estos descendieron significativamente post-cirugía o tratamiento médico. Una elevación posterior al tratamiento, confirmó metástasis.

A > PSA libre > cociente - - - Adenoma

A > PSA total < cociente - - - Cáncer

De 87 cocientes PSA libre/PSA total, 10 tenían valor de la relación menor a 15%, con un PSA elevado en sólo 3 casos.

1- El PSA total aumenta con la edad del individuo sin que sea patológico.

2- Los incrementos de PSA post-cirugía o tratamiento revelan metástasis.

3- Los valores de la relación PSA libre/PSA total disminuidos son por > PSA total o < PSA libre orientan a buscar patología prostática maligna.

LACI - Laboratorios de Análisis Clínicos Integrados.

APLICACION DE MEDIOS DE COMUNICACION ALTERNATIVOS Y AUMENTATIVOS EN PATOLOGIAS DE RIESGO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA EXPRESION ORAL

Marinsalta A.

RESUMEN: Según Schiefelbush, hay más de un millón de niños y adultos no hablantes que por incapacidad cognoscitiva y/o física, no pueden comunicarse oralmente.

Entre las alternativas de comunicación no verbal que se utilizan se puede mencionar: lenguaje mímico, gestual, corporal, manual en sus dos tipos: el alfabético manual de los sordos y el de movimientos en el espacio con representación de una idea completa (vení, yo, comer, etc.) y los sistemas gráficos.

Los términos “aumentativos” y “alternativos” resumen los principales objetivos de los sistemas de

comunicación no verbal:

1- Provisión de un medio temporario hasta que se establezca el habla o llegue a ser adecuada.

2- Provisión de un medio a largo plazo cuando el desarrollo del habla resulta imposible.

3- Provisión de un medio para facilitar el desarrollo del restablecimiento del habla.

* Es propósito de esta ponencia:

- Presentar un caso específico de parálisis cerebral y con riesgo desde el punto de vista de la comunicación oral.

- Impulsar la valoración y aplicación de sistemas de comunicación no verbales.

- Compartir una experiencia que tiene mucho que ver con el autovalimiento y la calidad de vida.

* La presentación del caso incluye:

a) Características del paciente: niña de seis años y cuatro meses con un cuadro mixto secular por falta de oxígeno al nacer, con síntomas neurológicos de atención (dos convulsiones a las cuatro horas de vida) y diagnóstico médico de Parálisis Cerebral. En estudio fonoaudiológico se detecta retraso generalizado con ausencia de lenguaje oral, escasas expresiones comunicativas y serias limitaciones en el lenguaje gestual por un compromiso neuromuscular que afecta la movilidad de sus miembros. A pesar de sus limitaciones a nivel práctico orofacial con escasas respuestas imitativas, posee una expresión facial por momentos activa.

b) Criterios para iniciar el trabajo.

c) Ilustración y relato del tratamiento.

COMENTARIO: El programa utilizado permitió superar las expectativas que de acuerdo con los estudios neurológicos podían formularse.

Si hablamos de discapacidad debemos jerarquizar las conductas adaptativas, en especial la “Comunicación”.

Los medios alternativos y aumentativos brindan a quienes no pueden utilizar el lenguaje oral en ciertos períodos de su desarrollo o que supuestamente no podrán adquirirlo en un futuro, un vehículo de interacción comunicativa que evita el riesgo de la desconexión y el aislamiento.

Servicio de Fonoaudiología del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

ENFERMEDAD DE DE QUERVAIN POR
HEMANGIOMA CAVERNOSO DEL
EXENSOR POLLICIS BREVIS.
PRESENTACION DE UN CASO
**Harguindeguy D (*), Rivadulla de Carranza
M (**).**

RESUMEN: La enfermedad de De Quervain es una de las patologías más frecuentes en cirugía de la mano.

Por el contrario, los hemangiomas de la extremidad superior sólo constituyen el 2 al 8% de todos los tumores de la mano, siendo el Hemangioma Cavernoso un hallazgo excepcional.

el motivo de este trabajo fue presentar un caso de enfermedad de De Quervain producida por un Hemangioma Cavernoso en el extensor pollicis brevis. Sólo encontramos una publicación con un cuadro similar.

Paciente masculino de 18 años que consultó por dolor sobre una tumoración en el primer compartimiento dorsal de la muñeca izquierda de 2 años de evolución, con un test de Finkelstein positivo.

En el acto operatorio se constató una masa hiperémica de fácil sangrado en la unión músculo-tendinosa, reseccionándose la lesión. El estudio anatómo-patológico de la pieza mostró un patrón característico del Hemangioma Cavernoso.

Aunque frente a un paciente con dolor en el primer compartimiento dorsal y un test positivo pensemos en una enfermedad de De Quervain producida por una estenosis inflamatoria inespecífica también otros deben ser los diagnósticos y etiologías que debemos considerar.

Si bien la patogénesis exacta del hemangioma Cavernoso es controvertida, dependería de factores angiogénicos, o quizás de una variación en el desarrollo de la arborización vascular.

(*) Servicio de Cirugía de la Mano del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

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

TRATAMIENTO VIDEO LAPAROSCOPICO
(VLC) DE LA ENFERMEDAD POR
REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO (ERGE)
**Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A,
Camicia G, Sofía G, Cantarelli S, Moro M,
Tentoni P, Reveruzzi A, Casalini O.**

INTRODUCCION: En 1991, el Dr. B. D'Allemaigne (Bélgica) informó de los primeros

resultados obtenidos en pacientes operados por el método laparoscópico.

Si bien este procedimiento y el convencional técnicamente son similares la evolución post-operatoria está cambiando.

El propósito de este trabajo es demostrar evaluando un pequeño universo los resultados que presenta la aplicación de la técnica mini-invasiva en pacientes con enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE) en el Servicio de Cirugía del H.I.R.S.

MATERIAL Y METODOS: Se realiza el análisis de los resultados obtenidos en el tratamiento videolaparoscópico de 16 pacientes portadores de enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE).

Todos tenían indicación quirúrgica precisa.

Se evaluó tiempo quirúrgico, permanencia de sonda nasogástrica, tolerancia oral, alta hospitalaria, persistencia de síntomas y necesidad de continuar con el tratamiento médico.

RESULTADOS: De los 16 pacientes sometidos a cirugía video laparoscópica (VLC) todos obtuvieron alta a las 24 hs. post-quirúrgica con tolerancia líquida.

CONCLUSIONES: La evaluación de los diferentes items tenidos en cuenta nos ha permitido corroborar los buenos resultados que coinciden con lo publicado en la literatura mundial.

Como en otras patologías, la ERGE se ha visto favorecida con el método laparoscópico. La mínima agresión sobre la pred abdominal, el mejor campo operatorio y los buenos resultados post-operatorios nos alientan a continuar con la aplicación del método laparoscópico en la ERGE.

Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

ANALISIS DEL EMPLEO DE
COLANGIOPANCREATOGRAFIA
RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE)
EN 1000 COLECISTECTOMIA
VIDEO-LAPAROSCOPICA
**Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A,
Camicia G, Sofía G, Cantarelli S, Moro M,
Tentoni P, Reveruzzi A, Baroni R.**

INTRODUCCION: A pesar que la introducción de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la papilotomía endoscópica (PE) en la década del '70 introdujo un cambio táctico-técnico en el tratamiento de la patología quirúrgica de las vías biliares, su indicación se vio notablemente

umentada con el comienzo del empleo de la colecistectomía video-laparoscópica (CVLC) a partir de 1990.

MATERIAL Y METODOS: Se analizan 1000 intervenciones quirúrgicas con el método video-laparoscópico por patología biliar y su asociación con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Son considerados dos períodos de tiempo: el primero desde abril de 1991 hasta abril de 1994, con 480 pacientes, de los cuales 46 tenían litiasis coledociana y el segundo período desde abril de 1994, con 520 pacientes, donde 30 presentaron litiasis coledociana.

RESULTADOS: Durante el primer período se empleó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en 38 pacientes, de los cuales 31 presentaron litiasis coledociana. Como complicación de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) hubo un caso de pancreatitis y una colangitis por reflujo.

Durante el segundo período se utilizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en 19 pacientes de los cuales 16 presentaron litiasis coledociana; como complicación hubo una hemorragia post-esfinterotomía.

El número total de pacientes con litiasis coledociana fue de 76 (7,6%) y el de litiasis residual 7 (1,45%) en la primera etapa y 3 (0,57%) en la segunda.

CONCLUSIONES: La mayor capacitación y experiencia del cirujano laparoscopista y el advenimiento de instrumental adecuado para trabajar sobre la vía biliar, hizo que se utilizara en menos oportunidades la CPRE pre-operatoria, a favor de un mayor empleo de los procedimientos video-laparoscópicos.

Los resultados logrados en los centros especializados mediante la asociación de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la CVLC en el tratamiento de la patología quirúrgica de la vía biliar, están desplazando rápidamente a la cirugía convencional.

Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

MATERIAL ECOGENICO EN LA VESICULA BILIAR FETAL

Picorel J, Vives D, Gómez Giménez E.

INTRODUCCION: El objetivo de este trabajo es presentar un caso infrecuente de material ecogénico en la vesícula fetal en una paciente cursando la 38° semana de gestación.

MATERIAL Y METODOS: Se efectuó el examen fetal en forma rutinaria utilizando un equipo Aloka SSD 1200 y transductores de 3,5 y 5 mHz. Se tomaron las medidas para determinar la biometría (DBP, Fémur, Húmero, etc.).

La paciente era de raza blanca y no presentaba antecedentes de anemia hemolítica ni otros factores de riesgo predisponentes ni enfermedad biliar. La edad gestacional según FUM era de 39 semanas y según biometría fetal 38 semanas. Siguiendo la rutina del examen se estudiaron la columna vertebral, los miembros, tronco y abdomen. El rastreo de este reveló un foco ecogénico intraluminal en la vesícula biliar fetal, con sombra acústica posterior claramente visible.

El examen ecográfico post-natal realizado tres horas luego del nacimiento reveló la presencia de múltiples imágenes focales ecogénicas, sin sombra acústica posterior; sin embargo, el neonato no presentó ninguna signosintomatología.

Se le realizó control ecográfico a los tres meses del nacimiento el cual resultó de características normales, no reconociéndose ninguna imagen ecogénica en la vesícula de la niña.

CONCLUSION:

1) No se sabe muy bien si estos focos ecogénicos encontrados accidentalmente en la vesícula biliar fetal son verdaderas litiasis.

2) Imágenes ecogénicas de tipo focal pueden visualizarse en la vesícula biliar fetal con mayor incidencia en el III trimestre.

3) Si bien la mayoría de los casos reportados informan la resolución espontánea, algunos pueden persistir por más tiempo. Lo importante es realizar su seguimiento y observar si presentan o no sintomatología relacionada.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.