

## PATOLOGIAS MAMARIAS. LESIONES BENIGNAS Y MALIGNAS

**Bernardis S, Lespi P, Alvarez G (\*).**

**RESUMEN:** Se realizó un estudio retrospectivo en el período comprendido entre diciembre de 1994 y diciembre de 1995, sobre 83 piezas quirúrgicas, que ingresaron en el Servicio de Patología, para determinar la frecuencia de las lesiones mamarias, benignas y malignas, en nuestro medio.

Las piezas enviadas correspondían a mastectomías radicales con proyección axilar, mastectomías simples, cuadrantectomías y nodulectomías.

**RESULTADOS:** De un total de 83 piezas quirúrgicas, el 42,2% (35 casos) pertenecieron a carcinomas de mama, 56,6% (47 casos) a lesiones benignas y el 1,2% (1 caso) a hiperplasia ductal atípica.

Dentro de las lesiones benignas, el 47,7% fueron enfermedades fibroquísticas, el 23,4% fibroadenomas, el 19,1% lesiones inespecíficas y el 8,5% hiperplasias ductales sin atípica.

Sobre los 35 casos de carcinomas de mama diagnosticados, el 68,7% eran carcinomas ductales tipo N.O.S., el 31,2% a carcinomas ductales de tipo especial y el 9,3% a carcinomas lobulillares.

En el transcurso de un año sólo se diagnosticó una hiperplasia ductal atípica con focos de carcinoma in situ en una mujer de 64 años.

**CONCLUSION:** En este trabajo sobre patologías de mama, se observó que las lesiones predominantes fueron las enfermedades fibroquísticas, seguidos por los carcinomas, observándose una baja frecuencia de lesiones preneoplásicas.

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

## CARCINOMA DE ENDOMETRIO: CLASIFICACION, FRECUENCIA Y ESTADIFICACION. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 55 CASOS DIAGNOSTICADOS ENTRE 1984 Y 1995

**Gregorini D, Lespi P, Alvarez G (\*).**

**RESUMEN:** El carcinoma de endometrio (CE) es el 5° cáncer en el sexo femenino. Su desarrollo está relacionado con la estimulación estrogénica persistente (estrogenoterapia prolongada, obesidad y anovulación crónica).

Dentro de los subtipos histológicos el adenocarcinoma endometroide es el más frecuente.

Se analizaron 55 CE diagnosticados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Penna de Bahía Blanca entre los años 1984 y 1995 para determinar el tipo y el grado histológico, estadificar la enfermedad y establecer la edad de incidencia.

Se utilizó para este fin la clasificación histológica de CE, propuesta por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Patólogos Quirúrgicos y los estadíos aceptados por la FIGO publicados en 1989.

Los datos clínicos y las descripciones macroscópicas fueron obtenidas del archivo de nuestro servicio.

**RESULTADOS:** De los 55 tumores, 44 provenían de colpoanexohisterectomías totales, 10 de legrados endometriales y 1 de una histerectomía total simple. La edad media de presentación en nuestro medio fue de 62 años, hallándose dos casos en mujeres menores de 40 años.

El 96,3% fueron adenocarcinomas y de éstos el 90,5% pertenecían al subtipo endometroide. El grado histológico predominante fue el grado 1 con el 62,5%. Fueron estadificados aquellos tumores provenientes de piezas de colpoanexohisterectomías totales, predominando el estadio I con un 60,4%. En cuanto a la invasión miometrial el 46,1% comprometían la mitad interna del miometrio (estadio I).

**CONCLUSION:** Por los resultados obtenidos podemos concluir diciendo que el CE es más frecuente en mujeres postmenopáusicas, coincidiendo así con la bibliografía consultada en que el CE es una patología rara en mujeres menores de 40 años. A pesar de ello en esta recopilación, se observaron dos casos de pacientes jóvenes con CE y ovarios poliquísticos.

El tipo histológico prevalente fue el adenocarcinoma endometroide. Según el grado histológico el mayor porcentaje correspondió al grado 1. Asimismo, en el 60,4% la enfermedad se encontraba en estadio I y 46,1% de estos tumores comprometían la mitad interna del miometrio.

(\* Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

## LA CINEERSONANCIA MAGNETICA EN LAS VALVULOPATIAS

**Bertoni M A, Sclavi N (\*).**

**RESUMEN:** Once pacientes (seis voluntarios normales, un paciente derivado para descartar coartación de la aorta y cuatro con valvulopatías diagnosticadas clínica y ecográficamente) fueron estu-

diados con resonancia magnética cardiomiastinal mediante secuencias de pulso Spin Echo (axial, sagital y coronal) y Gradient Echo (axial, sagital y coronal) con multifase gatillada por el electrocardiograma registrado en derivaciones precordiales V7 y V8.

Los seis voluntarios normales procedían de un examen preocupacional normal. Los cuatro pacientes con valvulopatías procedían: uno con insuficiencia aórtica de un consultorio cardiológico particular y los restantes tres de un hospital local, con historia de enfermedad mitral (uno) y de insuficiencia mitral (dos).

Las series de ecogradiante multifase gatilladas con el QRS mostraron en todos los casos patológicos la lesión diagnosticada clínica y ecográficamente, identificándose el volumen de sangre turbulento secundario de las valvulopatías.

Las series Spin Echo multifase no mostraron la misma calidad de imagen que la apreciada en la secuencia anteriormente mencionada, no siendo de utilidad diagnóstica.

Los seis voluntarios normales no mostraron lesión en IRM. El paciente en el cual se descartó la coartación tampoco mostró evidencias de alteración.

**CONCLUSION:** La cineangiorresonancia cardiomiastinal resultó en nuestra serie de utilidad en la confirmación del diagnóstico de valvulopatías previamente diagnosticadas, cuando se utiliza secuencia de pulso de ecogradiante con multifase gatillada con onda QRS en derivaciones predordiales V7 y V8.

(\*) Instituto "La Sagrada Familia". Avenida Alem 222. Bahía Blanca.

#### ANGIORRESONANCIA CAROTIDEA-POLIGONAL. COMPARACION DE SECUENCIAS DE PULSOS TOF Y PC DOPPLER PULSADO

**Bertoni M A, Sclavi N (\*).**

**RESUMEN:** Veintidos pacientes con accidente isquémico transitorio estudiados en nuestra institución desde marzo de 1995 hasta junio de 1996 a los cuales se les solicitó examen ecográfico Doppler y en los cuales se encontró patología estenótica arterial fueron también estudiados mediante angiorresonancia carotídeo poligonal con dos secuencias de pulsos distintas: Axial 2D TOF (two dimensional time of flight) y Coronal 3D PC (three dimensional Phase Contrast).

El examen Doppler pulsado buscó irregularidades de pared, ateromas, trombos y porcentaje de estenosis según velocidades de pico sistólico y cocientes de pico diastólico (Criterios de Miami Vascular Institute).

En cada caso se compararon los hallazgos Doppler con los de la angiorresonancia 2D TOF y 3DPC, buscando irregularidades de pared y segmentos de estenosis, midiéndola en porcentaje según la comparación de dicha estenosis con los segmentos proximal y distal.

En dieciocho casos hubo coincidencia entre el Doppler y la secuencia 3DPC en cuanto al sitio y al porcentaje de estenosis. Los otros dos casos presentaron irregularidades de pared no apreciables en la IRM, probablemente porque los ateromas eran muy pequeños y el calcio no da señal en la IRM.

Las series 2D TOF mostraron coincidencia con el Doppler en ocho casos, en los cuales el porcentaje de estenosis oscilaba entre el 75 y el 90% del lumen arterial.

**CONCLUSION:** La angiorresonancia magnética carotídeo-poligonal demostró ser en nuestra serie un complemento ideal de la exploración Doppler de los vasos del cuello, especialmente cuando se utilizan secuencias de pulso adecuadas, dado que muestran una mejor anatomía radiológica que el examen ecográfico, acceden a áreas no demostrables o difícilmente demostrables por la ecografía (como polígono de Willis y arterias vertebrales); presentando una alta correlación clínico-radiológica e intermetodológica. Creemos que ambos, por su no invasividad y complementación, deberían ser indicados en pacientes con TIA para confirmar o descartar rápidamente patología arterial oclusiva pasible de tratamiento quirúrgico.

(\*) Instituto "La Sagrada Familia". Avenida Alem 222. Bahía Blanca.

#### COMPORTAMIENTO DE LAS DERIVACIONES PARA INTERNACION AL H.I.G.A. "DR. JOSE PENNA"

**Gabbarini J, Taranto A, Móttola J (\*).**

**OBJETIVO:** El presente análisis epidemiológico pretende mostrar el comportamiento de los municipios y provincias vecinas en cuanto a derivaciones para internación al Hospital "Dr. José Penna" (HP) durante el año 1995 y obtener del mismo argumentos para orientar y desarrollar políticas de salud.

**MATERIAL Y METODOS:** Se analizaron los datos almacenados en el centro de cómputos, con

datos filiatorios y domicilio brindados por los pacientes o sus familiares. Los datos de población corresponden al censo nacional 1991. Se relaciona-

ron los egresos (Egr) y días de estada (DE) con la población. El promedio de días de estada (P/DE) surge del cociente DE/Egr.

Partido	Habitantes	Egresos	D/Estada	Egr/1000 H	DE/1000 H	P/DE/Part
G. Chaves	12.477	33	293	2,6	24	8,9
Guaminí	12.289	37	558	3	45	15
C. Suárez	35.071	45	471	1,3	14	10,5
Saavedra	19.354	58	598	3	31	10,3
LA PAMPA		171	542			
M. Hermoso	2.869	109	720	38	250	6,6
A. Alsina	18.045	115	1.196	6,4	66	10,4
T. Arroyos	56.843	136	1.807	2,4	32	13,3
Puán	17.587	160	1.565	9	89	9,8
C. Pringles	22.983	175	2.104	7,6	92	12
C. Dorrego	17.737	187	1.781	10,5	100	9,5
Tornquist	10.651	190	1.265	17,8	119	6,6
Patagones	27.637	191	2.315	7	84	12,1
RIO NEGRO		382	3.253			
C. Rosales	59.715	660	4.313	11	72	6,5
Villarino	24.533	1.247	9.590	49	390	7,8
B. Blanca	271.467	6.806	42.353	25	156	7,2
<b>TOTALES</b>	<b>608.258</b>	<b>9.616</b>	<b>65.286</b>	<b>16</b>	<b>107</b>	<b>7</b>

Durante 1995 se produjeron en el HP 10.824 egresos, originándose el 89% de los mismos en la Región Sanitaria, La Pampa (LP) y Río Negro (RN). LP supera a los partidos de González Chaves y Coronel Suárez, mientras que RN supera a 12 partidos, exceptuando a Coronel Rosales, Villarino y Bahía Blanca. La tasa de egreso/1000 hab. guarda relación directa con la tasa de DE/1000 hab. De la evaluación de las mismas surgen 3 comportamientos: a) 9 partidos con una tasa < a 10 Egr/1000 hab.; b) 4 partidos con una tasa entre 11 y 25; c) 2 partidos entre 26 y 50. El grupo a) está constituido por partidos limítrofes de la región, alejados de Bahía Blanca, usan poco al HP, probablemente tengan fuga de derivaciones a otros distritos, pero fundamentalmente tienen un segundo nivel continente y derivan exclusivamente la alta complejidad, hecho que se expresa en el P/DE, para este grupo de 11. El grupo b) tiene un comportamiento intermedio, que coincide con su capacidad instalada de mediana a baja complejidad, favorecida por la proximidad al Hospital. Un caso especial es Bahía Blanca, que tiene una alta tasa dada por la atención del parto normal, si bien corregida baja a 16, sigue estando en este grupo a pesar de tener una buena complejidad instalada, explicándose por la autoderivación y el emplazamiento del HP en Bahía Blanca. El grupo c)

está mostrando una muy baja continencia, explicable en el caso de Monte Hermoso por la ausencia de Hospital y de Villarino por la ausencia de instalaciones de mediana complejidad en el partido. Este grupo tiene un P/DE de 7,2.

**CONCLUSION:** Los distritos de Monte Hermoso, Villarino y Tornquist deben mejorar su capacidad de respuesta dotando al distrito de hospitales con mediana complejidad, favoreciendo el acceso de sus habitantes, eliminando barreras de distinto tipo. Bahía Blanca debiera contener mejor la mediana complejidad, aún en detrimento de su alta complejidad instalada, en este sentido HP deberá emplear mecanismos de regulación de la demanda de mediana complejidad.

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

#### VALORES NORMALES DE URICOSURIA Y CITRATURIA EN LA INFANCIA

**Alconcher L, Castro C, Quintana D, Abt N, González M L, Cella M, Torelli E, Morán L (\*).**

**RESUMEN:** En 211 niños (115 varones y 96 mujeres), con edades comprendidas entre 6 y 13 años, se estudió la excreción de ácido úrico en orina

de 24 hs. y la relación ácido úrico/creatinina, en orina de 24 hs. y en la primera orina de la mañana.

La excreción media de ácido úrico fue de  $6,39 \pm 4,15$  mg/k/día, correspondiendo al P-95 un valor de 13,04 mg/k/día.

La excreción fue similar en ambos sexos ( $p = 0,10$ ). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar el grupo de 6 a 9 años con el de 10 a 13 ( $7,36$  vs.  $5,45$  mg/k/día;  $p < 0,0004$ ).

La media del cociente ácido úrico (mg/l)/creatinina (mg/l) en las recolecciones de 24 hs. y en la primera orina de la mañana, fueron  $0,41 \pm 0,27$  y  $0,32 \pm 0,17$  respectivamente.

La relación ácido úrico/creatinina en la primera orina de la mañana no mostró una buena correlación con la excreción de ácido úrico en 24 hs. ( $r^2 = 0,028$ ) sugiriendo, la necesidad de dosar estos analitos en orina de 24 hs.

En 99 niños (42 mujeres - 57 varones) de 6 a 13 años, se estudió la excreción de citrato de orina de 24 hs. y la relación citrato (mg/d)/creatinina (g/d).

La media del citrato 24 hs. fue  $18 \pm 9,63$  mg/k/día correspondiendo al P-5 un valor de 4,86 mg/k/día.

No se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos ( $p = 0,37$ ).

La excreción de citrato fue mayor en el grupo de 6 a 9 años ( $19,13$  vs.  $14,87$ ,  $p < 0,013$ ).

La media de la relación citrato (mg/d)/creatinina (g/d) fue de  $1.091 \pm 509$  y el P-5 =  $322,13$  siendo estos valores coincidentes con la literatura.

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

#### ANALISIS DEL SERVICIO DE ALIMENTACION DEL H.P.S. SUS COSTOS Szpigiel E, Matoso R, López Paz A, Bianchini G (\*).

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es analizar el Servicio de Alimentación del Hospital Privado del Sur (H.P.S.) y sus costos habiéndose efectuado durante un período de 8 meses (Octubre-95 / Mayo-96) sistemática que abarco toda el área, desde el ingreso de los víveres hasta la entrega de las raciones alimenticias, conservando los principios nutritivos correctos y suficientes. Lográndose un control de costos, bajo un presupuesto mensual fijo con un margen del 10%. Para ello se conformaron 4 dietas básicas (valor calórico 1.350 calorías) y 4 dietas alternativas (valor calórico 1.150 calorías) de costo inferior; basándose en que el giro cama es

menor de 4 días.

El control de gastos se realiza a través de la oficina de compras quien es la que observa la variación de precios semanalmente e informa a la nutricionista quien decidirá o no el reemplazo total o parcial de una dieta básica por otra de alternativa.

EL H.P.S. cuenta con 119 camas: 84 de internación; 4 de hospital de día; 15 de neonatología; 8 de terapia intensiva; 6 de unidad coronaria y 2 de recuperación cardíaca. Se producen 8.040 egresos anuales; el 70% son quirúrgicos y el 30% clínicos. El porcentaje ocupacional promedio es del 70% y el perfil del hospital es de alta complejidad.

EL Servicio de Alimentación cuenta con un recurso humano de 16 agentes: 1 nutricionista; 1 encargada de cocina; 2 cocineras de primera; 2 cocineras de segunda; 3 ayudantes y 7 camareras. El 3% de la superficie total del edificio es ocupada por el área en estudio. Dato que se utilizó para evaluar costos indirectos.

Para simplificar las raciones alimenticias se consideró el recibo, almacenamiento, preparación y distribución de los alimentos. El régimen especial se unificó en blando y diabético, y se extrajo del básico lo que facilita la tarea del personal de cocina y tiene incidencia directa en el costo final. La ración completa debe cubrir 1.000 Calorías/día mínimo. Se detalla organigrama de las distintas áreas.

Según el informe económico del período se logró una reducción de gastos de 50% del histórico.

La unificación "ración internado/personal autorizado", benefició al área de compras y de cocina, como así también produjo mayor control en la reducción de los índices de desechos, sobrantes y residuos.

Costos directos/indirectos; su composición. Valor promedio final de la ración. Tablas de cantidades de raciones mensuales y gráficos ilustrativos acompañan éste trabajo realizado en equipo.

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

#### INFORME ECONOMICO PRESTACIONAL DEL SERVICIO DE QUIROFANOS Szpigiel E (\*).

RESUMEN: Se presenta un informe económico-prestacional sobre la actividad en los quirófanos de nuestro Hospital. Durante el año 1995 se realizaron un total de 3.977 intervenciones quirúrgicas de las cuales 1.128 (28 %) fueron mayores, 1.835 (46%) medianas y 1.014 (26%) menores. Los ingresos se registraron a través de tres vías: por consulto-

rio externo, 815 (21%); por guardia, 1.247 (31%); internados, 1.915 (48%). Se utilizó anestesia general en 2.092 pacientes (53%), anestesia local en 1.057 (27%) y anestésicos peridural, raquídea y otras en 828 (20%) pacientes.

Esta producción requirió la coordinación de 99 cirujanos pertenecientes a 12 Servicios del Hospital, 17 médicos y residentes en anestesiología, 5 técnicos en anestesia, 7 instrumentadoras, 10 enfermeras de quirófano, de 4 a 5 mucamas especializadas y 1 secretaria.

Los servicios de mayor producción fueron: clínica quirúrgica 1014 (26%), emergencias 703 (18%) y obstetricia 561 (14%).

Se registró un incremento global del 5.7% del total de las operaciones con respecto al año 1994.

Los insumos no sufrieron mayores variantes de precios promedio por lo que se tomó los valores resultantes del año 1994 como referencia.

Se desglosaron los gastos en: anestésicos, medicamentos, insumos y descartables lo que permite avanzar notoriamente en la elaboración de un presupuesto y cantidad proyectada de los elementos a utilizar. Durante el año 1995 se incorporó la Cirugía Videolaparoscópica dando un nuevo perfil al Servicio.

Se exponen datos comparativos de producción durante los 5 primeros meses de los años 94/95/96 como así también lo referente a producción y costos en Cirugía Videolaparoscópica.

Las normativas futuras serán tema de discusión para coordinar entre los distintos Servicios un modelo de trabajo que permita mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes.

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

#### **INCIDENCIA Y COSTO DE LA COLECISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL H.I.G.A. "DR. JOSE PENNA" Hernández A, Dalmas N (\*)**

**RESUMEN:** Se evaluaron las colecistectomías realizadas en el Servicio de Cirugía del H.I.G.A. "Dr. José Penna" de Bahía Blanca en el período comprendido entre marzo de 1995 y marzo de 1996.

Sobre un total de 1.014 cirugías, el 22,09% correspondió a colecistectomías, siendo estas intervenciones el 59,73% de las operaciones de cirugía mayor.

La litiasis vesicular predominó en el sexo femenino (71,87%), con una edad promedio sin diferen-

cias significativas para ambos sexos (45 años para el sexo femenino y 47 años para el sexo masculino).

El costo anual observado de quirófano solamente fue de \$ 28.672. De acuerdo al nomenclador del ANSSAL y adicionándole honorarios, derechos de pensión, medicamentos y material descartable, esta patología representó un valor anual de \$ 190.051 sobre los \$ 318.000 que significaron el gasto total de las cirugías mayores. Estas cifras se incrementan en un 35,54% si se toman los valores del nomenclador del SAMO.

Dadas las características asistenciales del Hospital, la muestra considerada es un universo representativo, ofrece datos a considerar en la evaluación de los recursos y estimula al estudio de la fisiopatología y tratamiento de esta afección tan frecuente.

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

#### **HEMOFILTRACION EN EL PACIENTE CRITICO**

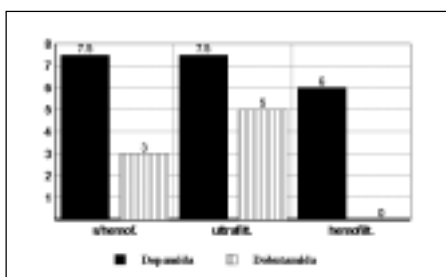
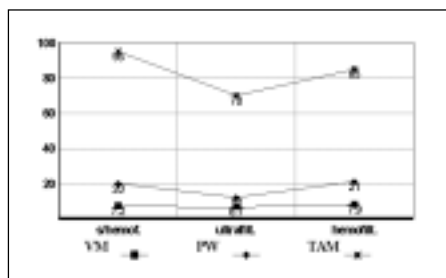
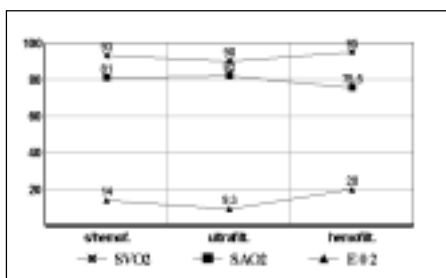
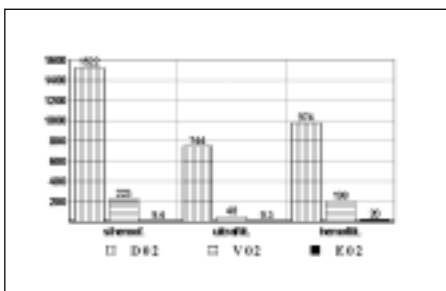
**Lasdica S, Martínez A, Pintos H (\*)**

**INTRODUCCION:** La hemofiltración es un proceso donde se realiza la depuración de sustancias tóxicas y de líquidos del organismo, en forma continua, sin que se utilice líquido de diálisis en el compartimiento al otro lado de la membrana y por medio de una diferencia de presión. El proceso se realiza por convección, por ende la concentración del líquido filtrado es prácticamente similar a la del plasma. El proceso de hemofiltración imita con cierta exactitud la filtración glomerular y si se obtuvieran artificialmente los procesos de reabsorción y excreción se obtendría el perfecto riñón artificial.

**OBJETIVO:** Evaluar retrospectivamente los beneficios de la hemofiltración sobre los distintos parámetros hemodinámicos y comparar los métodos utilizados.

**MATERIAL Y METODOS:** Pacientes, tres (3) internados en UTI; dos (2) de sexo femenino de 24 y 71 años respectivamente y uno (1) de sexo masculino de 62 años. Fueron monitorizados hemodinámicamente a través de la colocación, por punción, con catéteres de Swan-Ganz de fibra óptica (Opticah P-7110), colocado en la arteria pulmonar que suministraba en forma continua la saturación venosa mixta de oxígeno (SvO). la medición del volumen minuto (VM) se realizó por termodilución en forma triplicada (Oximetric 3 - Abbott Critical Care). A los 3 pacientes se les realizó

hemofiltración arterio-venosa continua (CAVH) con filtros de polisulfona (Ultraflux AV) y a uno de ellos se le realizó ultrafiltración con filtro de cuprofano (Centrysystem 300). El acceso arterio-venoso utilizado fue el femoral. Se monitorizó las siguientes variables hemodinámicas: T.A.M.; PW; VM; DO2 y Extracción de oxígeno (EO2)



RESULTADOS:

CONCLUSIONES: En los pacientes con shock y disfunción orgánica múltiple evaluados en este trabajo, la CAVH demostró ser el procedimiento ideal para la depuración de sustancias y de líquido, preservando las variables hemodinámicas en valores adecuados, siendo mayor el beneficio a nivel de la oxigenación tisular. Al comparar la ultrafiltración intermitente con la hemofiltración, la primera tendría la ventaja del bajo costo del procedimiento pero con un beneficio clínico-hemodinámico muy alto a favor de la hemofiltración. La hemofiltración demostró (acorde a lo observado en la literatura) ser el procedimiento ideal para el paciente hemodinámicamente inestable.

(\*) Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

ANGIODISPLASIA DE COLON.

A PROPOSITO DE UN CASO.

Santarelli L, Cristino A, Maturi H (\*).

RESUMEN: La angiodisplasia de colon comprende un grupo de entidades patológicas que incluye malformaciones arteriovenosas adquiridas, congénitas y puntos angiomáticos.

Se manifiesta por anemia crónica, melena o hematoquesis. Es una de las causas más frecuentes de hemorragia digestiva baja grave.

Su prevalencia es del 0,83%, hallándose más frecuentemente en colon derecho (62-78%).

La edad media de presentación es de 69,8 años, correspondiendo el 62,5% de los casos al sexo masculino.

El plan diagnóstico debe adecuarse a cada paciente, regido por la severidad del sangrado (colonoscopia, angiografía, scanning nuclear).

El tratamiento definitivo es quirúrgico. Frente al sangrado activo es indispensable la arteriografía selectiva para individualizar el sitio de pérdida y evitar resecciones a ciegas que tienen alto índice de recidiva.

Se presenta un caso de angiodisplasia en un paciente de 36 años que ingresa por hemorragia digestiva baja grave. La arteriografía selectiva permitió ubicar el sector del sangrado en colon sigmoide y realizar una cirugía "dirigida" con buen resultado final.

Motiva la presentación del caso llamar la atención sobre el hallazgo de esta patología de baja prevalencia, aún en pacientes jóvenes y mostrar los

signos angiográficos diagnósticos, evitando cirugías resectivas a ciegas.

(\*) *Servicio de Hemodinamia del Hospital Regional Español. Estomba 571. Bahía Blanca.*

#### PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES AL PERSONAL DE SALUD EN SERVICIOS DE PEDIATRÍA

**Aybar S, Barrientos I, Comi M, Castro S, Lobos E (\*)**.

**RESUMEN:** Son numerosos los riesgos laborales a los que se hayan expuestos los profesionales sanitarios, siendo el infeccioso el más conocido desde la antigüedad. Por cuanto se tomaron las siguientes medidas precautorias: aislamiento, uso de barbijos, camisolín, guantes, lavado de manos antes y después de tocar al paciente o elementos contaminados, los elementos contaminados deben desecharse o embolsarse con rótulo para su desinfección si no fueran descartables.

Las siguientes enfermedades requieren aislamiento: T.B.C., infecciones respiratorias agudas en lactantes y niños, neumonía viral, forúnculosis staphylocócica en recién nacidos, infección herpética, impétigo generalizado, influenza en lactantes y niños, infecciones a gérmenes multirresistentes, rubeola congénita, síndrome de piel escaldada por staphylococo, quemaduras graves o extensas sobreinfectadas, sarampión, varicela, parotiditis, tos convulsa, epiglotitis por haemophilus, meningitis, neumonía neumocócica, meningococcemia, encefalitis, diarreas de etiología infecciosa, enterocolitis, hepatitis viral, meningoencefalitis viral, enterocolitis necrotizante en recién nacidos, úlceras por decúbito infectadas, conjuntivitis, S.I.D.A., pacientes inmunosuprimidos.

El objetivo del presente trabajo es analizar los medios de transmisión, las enfermedades más comunes, las normas y medidas de prevención, así como las inmunizaciones necesarias para evitar el contagio y la propagación de los agentes transmisibles.

Se le dio importancia a otras vacunas que no son consideradas como obligatorias, como por ejemplo: vacunación anti-rubeólica, anti-parotiditis, anti-hepatitis B, anti-influenza.

**CONCLUSIÓN:** La prevención de las enfermedades transmisibles al personal de salud y/o a otros pacientes, depende de la responsabilidad y el entrenamiento de los trabajadores.

(\*) *Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

#### PIE DIABÉTICO

**Vega E, Fernández S, Riquelme C, Duberti M, García G, Haedo V (\*)**.

**INTRODUCCIÓN:** La neuropatía y vasculopatía periférica diabética se manifiesta en las extremidades inferiores por lo que el diabético está sujeto a sepsis e isquemias por función nerviosa deficiente y circulación inadecuada. El problema más importante radica en la pérdida de sensación del dolor y temperatura de los pies, por lo que tolera traumatismos de los mismos que pueden producir lesiones que no sean advertidos.

**OBJETIVO:** Evaluar las condiciones, seguimiento, cuidados de enfermería y tratamiento de los pacientes que ingresan por afecciones de pie diabético.

**METODO Y MATERIAL:** En el servicio se internaron en el período de tiempo comprendido entre 1995-1996, 15 pacientes con diagnóstico de pie diabético, se realizó seguimiento de los mismos.

**RESULTADOS:** Al ingresar el paciente se le evaluó la magnitud de la lesión para elegir conducta a seguir, se tomó muestras para cultivo y posteriormente comenzar con antibióticos (100%). Realizamos curaciones diarias con soluciones no irritantes, previa amputación se realizaron arteriografías a aquellos pacientes sin trastornos renales. Es indispensable el control metabólico adecuado, en todos los pacientes se realizaron varios controles diarios de glucemias, distintos esquemas de insulinas; estando alerta ante signos de descompensación: hipoglucemias, fiebre, deshidratación, acidosis. Se realizó toilette quirúrgica a dos pacientes y a los 13 restantes se les realizó amputación.

**CONCLUSIÓN:** 1) Los pacientes internados por pie diabético ingresan en malas condiciones metabólicas; 2) Requieren mayores cuidados de enfermería; 3) Administración de mayor cantidad de medicación (insulina, ATB, etc.); 4) Mayor tiempo de internación; 5) Concluimos: Que estos pacientes ocasionan muchos gastos hospitalarios.

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

#### AMPLIACIÓN VESICAL

**Vega E, Fernández S, Riquelme C, Dubert M, García G (\*)**.

**INTRODUCCIÓN:** La cirugía de ampliación

vesical consiste en la fabricación de un "parche" intestinal que se aplica sobre una vejiga de baja capacidad. En este caso se trató de un paciente de sexo femenino de 51 años de edad con diagnóstico de microvejiga tuberculosa más exclusión del riñón izquierdo por severa hidronefrosis. La misma tenía una capacidad de 50 cc lo que provocaba polaquiuria, urgencia miccional e incontinencia de orina diurna y nocturna.

**OBJETIVO:** Darle la posibilidad de que la paciente recupere la capacidad normal de su vejiga y evitar alteraciones producidas por su enfermedad.

**MATERIAL Y METODOS:** En la cirugía se fabrica un "parche" con el colon derecho detubularizado y el ciego intacto que se une a la microvejiga. Se reimplanta el ureter derecho en el parche del intestino y se realiza una anastomosis del íleon terminal y el colon transversal.

**CUIDADOS A TENER EN CUENTA:** Los cuidados previos consisten en dieta estricta, enemas, antibióticoterapia específica y solución de Golly Telly para una buena limpieza intestinal.

Durante el post-operatorio el paciente tiene colocado sonda nasogástrica y sonda vesical, talla vesical, catéter ureteral derecho y drenaje abdominal. Es fundamental realizar lavados de esta vejiga ampliada diarios en los que se extrae abundante moco fabricado por el intestino indemne y también un estricto balance de diuresis.

A la cuarta semana del post-operatorio se terminan de retirar los catéteres y la paciente orina en forma espontánea por uretra cada 4 a 6 hs. sin incontinencia.

**CONCLUSION:** La ampliación vesical se ha tornado en la cirugía de elección en vejiga de baja capacidad o complacencia que no responden a la terapia medicamentosa.

Los cuidados pre y post quirúrgicos son esenciales para la buena evolución posterior.

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

## HEMOCROMATOSIS

**Bernardis S, De Feo F, Gregorini D, Lespi P, Merlini A, Ramallo G, Wisniowski C (\*).**

**RESUMEN:** La hemocromatosis idiopática es un trastorno autosómico recesivo que lleva a la acumulación progresiva de hierro en distintos órganos donde puede ocasionar cirrosis con alto riesgo de carcinoma hepatocelular, artritis, diabetes, pig-

mentación hipermelánica de la piel, hipogonadismo e insuficiencia cardíaca.

Los síntomas suelen presentarse en el sexo masculino a los 50 años, en las mujeres una década más tarde, aunque hay casos más precoces. El hígado es el órgano que más acumula hierro y llega a medir 15 cm, observándose además ictericia, angiomas en arañas, ginecomastia e hipertensión portal.

Presentamos un varón de 65 años, con buen estado de salud que refería haber sido donante de sangre habitual con únicos antecedentes de H.T.A. desde los 25 años y erisipela de miembros inferiores recurrente. Sin antecedentes de hepatitis ni etilismo.

Al examen se corroboró ictericia marcada, arañas vasculares, erisipela de M.I.D., edemas generalizados, soplo de estenosis aórtica no significativa, ascitis y hepatomegalia. Se trató como cardiopatía esclerohipertensiva, con insuficiencia cardíaca clase II/III, insuficiencia hepática de etiología a determinar y erisipela.

La serología para hepatitis B y C fueron negativas. El T.P. fue del 30%, la bilirrubina elevada, la albúmina disminuida con aumento de gamaglobulina y unión beta gama, glucemia y urea normales. Radiografía de tórax con cardiomegalia de configuración izquierda que impresionó más hipertrófica que dilatada. E.C.G.: ritmo sinusal, B.C.R.D., H.I.V.(-). Ecografía abdominal: hepatomegalia heterogénea a expensas de un nódulo en lóbulo izquierdo de 58 x 48 mm. T.A.C.: confirmó el nódulo y mostró adenopatías retroperitoneales.

Se planteó la punción hepática que no fue aceptada por el paciente, continuando en forma ambulatoria con el tratamiento de su cardiopatía y ascitis con una aceptable calidad de vida a pesar de que mantuvo siempre las alteraciones de laboratorio y ecográficas antes descriptas. Dos años después se reinterna con I.R.A. secundaria y peritonitis bacteriana espontánea que lo lleva al óbito.

Se efectuó necropsia: Macroscopía: hígado de color pardo negruzco con superficie micro y macronodular, al corte formación nodular de bordes imprecisos de color pardo rojizo con áreas amarillentas y verdosas de consistencia friable que medía aproximadamente 13 cm de diámetro, resto del parénquima micronodular. En el miocardio izquierdo y en la región valvular mitral y aórtica se apreciaron extensas áreas de calcificaciones.

Microscopía: Parénquima pulmonar con intersticio y vasos invadidos por células atípicas. Hígado: hepatocarcinoma tipo trabecular grado II lobular masivo asociado a cirrosis micronodular con depó-



sitos difusos de hierro en los hepatocitos. Esta última alteración se constató en los acinos pancreáticos.

Diagnóstico principal: Hemocromatosis con hepatocarcinoma.

Presentamos este paciente pues el gen causante de la hemocromatosis es muy común en la población general y se puede pesquisar con un análisis de saturación de transferrina que si es mayor del 50%, es altamente sospechoso y se corrobora con biopsia hepática con coloraciones para hierro cuantitativo. El tratamiento precoz con flebotomías repetidas permite prevenir las manifestaciones clínicas y disminuir el riesgo de hepatoma.

También rescatamos el enorme valor de la necropsia que en este caso permitió efectuar el diagnóstico etiológico y así poder evaluar a los familiares.

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

#### TUMOR DE AURICULA IZQUIERDA

**Carrasco G, Iriarte F, Otranto J, Ramallo G (\*)**.

**RESUMEN:** Los tumores primarios del corazón son raros, con una incidencia de entre 0,0017 y 0,19% en autopsias de pacientes no seleccionados. Tres de cada cuatro de los tumores son benignos, el 50% de los cuales son mixomas. Antes de 1951, el diagnóstico de los tumores intracardíacos era hecho sólo en el examen postmortem. La introducción de la ecocardiografía ha facilitado grandemente el manejo de los tumores cardíacos antemortem.

Presentamos el caso de una paciente de 43 años de edad que, durante una evaluación prequirúrgica de rutina refiere un episodio de pre-síncope, un mes antes. Al examen físico se detecta en decúbito lateral izquierdo un retumbo diastólico suave en punta. El ECG muestra un ritmo sinusal que alterna con extrasístoles supraventriculares frecuentes. La Rx de tórax evidencia una cardiomegalia de grado leve, sin signos de congestión pulmonar. Se realiza un ecocardiograma (modos M y B) donde se detecta una imagen de aspecto tumoral, de aproximadamente 49 x 25 x 24 mm en la aurícula izquierda, de aspecto homogéneo, que desde su inserción en el tabique interauricular prolapsa ampliamente en el tracto de entrada del ventrículo izquierdo, ocupando gran parte del orificio de apertura de la válvula mitral. Con diagnóstico de tumor auricular la paciente es derivada a un centro de cirugía cardíaca,

donde se realiza la extirpación del mismo, confirmando que se trataba de un mixoma de aurícula izquierda.

Los mixomas son neoplasias benignas de origen endocárdico. Aparecen principalmente entre la tercera y sexta década de la vida. Las mujeres predominan en la mayoría de las series. Generalmente ocurren en forma esporádica. El 75% se origina en la aurícula izquierda y la mayoría surgen del septum interauricular a nivel de la fosa oval. El tamaño del tumor oscila entre 1 a 15 cm de diámetro. El cuadro clínico está determinado por la localización, tamaño y movilidad del tumor. La mayoría de los pacientes presentan uno o más de las siguientes características: embolismo, principalmente sistémico, obstrucción intracardíaca y síntomas constitucionales. Los hallazgos del examen físico, si bien orientadores, son a menudo muy sutiles. De los exámenes complementarios la ecocardiografía (incluyendo la transesofágica) es de importancia primaria. El tratamiento de elección es la remoción quirúrgica, usualmente curativa.

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

#### ENCLAVIJADO ENDOMEDULAR ACERROJADO EN FRACTURAS DIAFISOMETAFISARIAS DE FEMUR COMPLICADAS O COMPLEJAS. NUESTRA EXPERIENCIA

**Tulli A, Ramallo A, Lucero R, Santoni R, Ferreyra C, Gasparini G, Guinder A, Tiberi S (\*)**.

**RESUMEN:** Se analizaron retrospectivamente 7 pacientes, 6 con fracturas complejas de diáfisis femoral y 1 fractura complicada (pseudo artrosis) tratados con enclavijados endomedular acerrojado, 5 a cielo cerrado y 2 a cielo abierto, realizados en nuestro hospital en un período de 11 meses. Los 7 fueron enclavijados endomedulares con montaje estático (cerroso o bloqueo superior e inferior).

Todas las fracturas consolidaron en un plazo de 4 meses promedio (2 y 6 meses).

La rehabilitación (con ejercicios activos de rodilla y tobillo) comenzó precozmente y la marcha con apoyo parcial a partir de los 60 días.

El enclavijado endomedular que realizamos hasta hace 1 año, con clavos Kuntscher, no resuelve todos los problemas de las fracturas diafiso-metafisarias del fémur. La introducción de este método ha permitido resolver el problema de las fracturas inestables,

donde el Kuntscher convencional, no se puede indicar porque no permite controlar las fuerzas rotacionales, ni el telescopado de los fragmentos entre algunas complicaciones o inconvenientes de esta técnica, se citan: tiempo de irradiación tanto del paciente, como del cirujano y una curva de aprendizaje prolongada.

Se concluye (en coincidencia con la mayoría de los trabajos sobre este tema) que este método a cielo cerrado es el tratamiento ideal para fracturas complejas de la diáfisis y metafisis de fémur.

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

#### NUESTRA EXPERIENCIA EN FRACTURAS EXPUESTAS DE M.I.

**Tulli A, Lucero R, Gasparini G, Ferreyra C, Santoni R, Guinder A, Tiberi S (\*)**.

RESUMEN: Se analizaron retrospectivamente 30 pacientes con 31 fracturas expuestas en miembros inferiores (24 tibia y peroné, 3 de rótula, 2 de pie, 2 de fémur).

Se realizó tratamiento convencional para todas las fracturas expuestas (toillete quirúrgica sucia y limpia) y estabilización fracturaria. En 13 pacientes aparatos enyesados, 7 anclajes bipolares, 4 tutores externos, 3 osteodesis mínima, 4 osteosíntesis:

-3EIM

-1 tornillo esponjoso

Como complemento antibióticos profilácticos estandarizados en conjunto con infectología, profilaxis ATT y profilaxis antitrombótica.

De las 31 fracturas, 29 consolidaron en tiempo promedio de 4 meses (rango entre 2 y 8 meses), 3 pacientes requirieron cobertura cutánea con injerto de piel.

Dentro de las complicaciones observadas tuvimos: 2 pseudoartrosis, 4 infecciones de partes blandas y 1 osteomielitis.

CONCLUSIONES: Las fracturas expuestas son lesiones graves de miembros que requieren de un equipo interdisciplinario (anestesiólogo, internistas, cirujanos, neurocirujanos, traumatólogos, etc.) ya que con frecuencia existen lesiones asociadas.

La premisa es salvar al vida del accidentado, luego su miembro y finalmente su función.

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

#### LACTANTE HIPOTONICO POR ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE. PRESENTAMOS UN CASO **Iglesias M, Chivas E, Romaniello H (\*)**.

RESUMEN: La enfermedad de la orina de jarabe de arce (EOJA) o isoteacinosis es un error hereditario del metabolismo que afecta los aminoácidos de cadena ramificada (leucina, isoleucina y valina). Se hereda como un rasgo autosómico recesivo, con una incidencia de 1/200.000 lactantes.

Las manifestaciones clínicas, principalmente neurológicas, se deben a las altas concentraciones de leucina y sus cetoácidos tóxicos para el cerebro.

PRESENTACION DEL CASO: Lactante de 7 días de vida que ingresa por hipotonía manifiesta, rechazo de la alimentación y vómitos. A lo largo de la internación, desarrolla deterioro neurológico progresivo, cíclico, alternando períodos de hipertonía/hipotonía, opistotonos, desviación de la mirada, nistagmus horizontal y circular y convulsiones. Los datos de laboratorio más significativos fueron: acidosis metabólica e hipoglucemia.

Los diagnósticos diferenciales planteados oportunamente fueron: sepsis, botulismo, tétanos y otras metabolopatías.

El diagnóstico fue confirmado por espectrofotometría de masa en tandem.

CONCLUSIONES: Es de destacar que es el primer caso de EOJA diagnosticado en nuestro servicio.

El diagnóstico precoz marca la evolución neurológica a largo plazo.

La espectrofotometría de masa en tandem se ofrece como una nueva herramienta para el diagnósticos temprano de estos errores hereditarios del metabolismo.

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

#### RESULTADOS DE UNA ENCUESTA PARA PADRES SOBRE TABAQUISMO EN LA ESCUELA PRESIDENTE SARMIENTO DE INGENIERO WHITE

**Laura E, González Codony M, Fagiani M, Crudeli D, Buss A (\*)**.

RESUMEN: La Organización Mundial de la Salud ha establecido que el tabaquismo es la causa más importante de enfermedad y muerte que se puede prevenir. También señala que es importante contar con información relativa al consumo de taba-

co para planificar y supervisar los programas de acción.

El propósito de este trabajo es reseñar los resultados de una encuesta efectuada a los padres de los alumnos de una escuela primaria de Ingeniero White para conocer la prevalencia de tabaquismo, el impacto de un Programa de Control lanzado dos meses antes y otros aspectos vinculados al hábito.

El método que se utilizó fue una encuesta autoadministrada que se entregó a la familia de todos los alumnos de la escuela.

Sobre un total de 324 fueron contestadas 248 encuestas (76,5%). El 34,9% de los encuestados son fumadores, las diferencias encontradas en la prevalencia entre los padres (39,1%) y las madres (30,6%) no son estadísticamente significativas ( $p > 0,1$ ). La intensidad del hábito fue mayor en los padres: 20 cigarrillos por día, que en las madres: 12 cigarrillos. Esta diferencia fue significativa ( $p > 0,05$ ).

No hubo diferencias significativas en la edad de comienzo: 18,1 y 17,7 años respectivamente.

El 39,5% de los padres aceptó que su hijo había mencionado el tema del tabaquismo últimamente y al 39,9% le piden que deje de fumar. El 85,5% afirmó tener plena conciencia de los daños que produce el cigarrillo, y el 40,7% comentó con su familia esos riesgos.

Considerando la población de padres fumadores, al 56,6% sus hijos les solicitan que dejen de fumar, al 57,4% les molesta el humo; el 65,9% de los padres fumadores afirma tener plena conciencia de los daños que produce y sólo el 1,1% contestó que no tiene noción de los mismos.

La mención del problema del tabaquismo por parte de los hijos (39,5%) sugiere el impacto del comienzo del Programa Piloto de Control de Tabaquismo comenzado dos meses antes.

El hecho de que casi el 66% de los padres fumadores afirma tener plena conciencia del riesgo de fumar y lo continúa haciendo y las altas tasas de prevalencia sugieren el éxito de la publicidad del tabaco y la insuficiencia de las medidas de prevención.

Los resultados encontrados indican la necesidad de incrementar éstas y limitar la publicidad del tabaco.

(\*) *Unidad de Investigaciones Epidemiológicas en Cáncer del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

## HEMATOMAS EXTRADURALES

**Tróccoli G, D'Annuncio E, Gutiérrez O (\*).**

### RESUMEN

El hematoma epidural es una colección hemática entre el cráneo y la duramadre que aparece generalmente como consecuencia de una lesión traumática vascular, que compromete especialmente a la arteria meníngea media. Analizamos retrospectivamente los casos de hematomas extradurales operados en nuestro servicio entre 1990 y 1995.

Durante este período fueron operados 19 pacientes con un franco predominio de individuos jóvenes (edad media 24 años) de sexo masculino. La ubicación más frecuente fue a nivel temporal, siendo la causa predominante el trauma craneano por accidente de tránsito.

El 79% de los pacientes recuperaron su estado neurológico sin secuelas. La morbilidad fue de 15% y la mortalidad fue del 5% (1 paciente).

El análisis de los casos demuestra que la evolución final del paciente depende del estado neurológico de ingreso y de la instauración precoz del tratamiento adecuado.

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

## PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-TRIPANOSOMA CRUZI (AC) EN PUERPERAS Y SU RELACION CON LA PARASITEMIA PERINATAL

**Bonanno A, Milano P, Agriello E, Ferrandi F, Martínez A, Argüello P, Rizzo M, Olmos S, Streitenberger E (\*).**

**INTRODUCCION:** Teniendo en cuenta el importante número de partos que atiende el sector materno infantil del HIGA "Dr. José Penna" nos propusimos efectuar un estudio tendiente a valorar la prevalencia de anticuerpos anti-tripanosoma cruzi en los sueros provenientes de todas las puerperas atendidas en el citado servicio.

El objetivo de este trabajo fue demostrar si esa prevalencia justificaba implementar de manera rutinaria esta determinación serológica, con el objeto de instrumentar las previsiones consecuentes referidas a todo recién nacido, hijo de madre seropositiva, para instaurar en forma temprana el tratamiento adecuado.

**MATERIAL Y METODOS:** La población estudiada incluyó las puerperas internadas entre los meses de octubre de 1995 y febrero de 1996, totali-

zando 1.045 pacientes, a las cuales se les realizó una prueba de screening por el método de hemaglutinación indirecta (HAI). Cuando esta determinación resultó positiva se realizaron dos metodologías específicas según el criterio de positividad habitualmente aceptado. Estas fueron HAI titulada e Inmunofluorescencia titulada.

A los neonatos, hijos de madres con serología positiva confirmada se les realizó la búsqueda del parásito en sangre periférica por el método de Strout modificado y las mismas reacciones serológicas que a las madres.

**CONCLUSION:** Los resultados indican que sobre un total de 1.045 muestras estudiadas, 22 fueron confirmadas como positivas para Acs. anti T. cruzi lo que representa un 2,1%.

La búsqueda del agente etiológico en los niños, hijos de madres seropositivas, resultó en todos los casos negativa.

Estos resultados preliminares indicarían que para la población de embarazadas de este hospital no se justificaría el estudio masivo de Acs. anti T. cruzi y que éste debería efectuarse cuando la situación clínica y epidemiológica de la paciente así lo justificara.

(\*) Laboratorio Central del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

### **MIELOMENINGOCELE Tróccoli G, D'Annuncio E (\*)**

**RESUMEN:** El mielomeningocele es un defecto congénito de los arcos vertebrales posteriores con dilatación quística de las meninges y una anomalía estructural de la médula espinal y/o de la cauda equina, que se produce por falla en el cierre del neuroporo posterior.

Analizamos retrospectivamente los mielomeningoceles reparados en nuestro servicio entre 1990 y 1996. Durante este período se operaron 40 casos sin diferencia de distribución por sexo. El 90% de los niños fueron intervenidos antes de las 48 hs. de vida.

El 70% de las lesiones ocupaba el sector lumbosacro, encontrándose abierta en el 82,5% de los casos. En el 75% se acompañó de hidrocefalia. Se infectaron 2 pacientes (5%) como consecuencia de una fístula postquirúrgica de líquido cefalorraquídeo.

Concluimos que desde el punto de vista neuroquirúrgico es una lesión que tratada precoz y adecuadamente presenta una buena evolución sin

complicaciones de importancia.

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

### **ENFERMERIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS Scaringi G (\*)**

**OBJETIVO:** El rol de la enfermería en los consultorios externos.

**MATERIAL Y METODO:** Determinar la cantidad de especialidades, la comunicación de trabajo con los servicios que funcionan en el resto de los consultorios e internación; estadística de pacientes atendidos mensualmente.

**RESULTADOS:** Una enfermera jefe y 16 enfermeras. Se trabaja de lunes a viernes en horario de 6 a 17 y con atención también a pacientes internados. Las tareas son divididas según especialidades: clínica médica y especialidades, cirugía general, plástica, vascular y pediátrica, gastroenterología, ginecología y especialidades, hemoterapia, infante juvenil, neurología, oncología clínica, obstetricia, oftalmología, otorrinolaringología, pediatría y especialidades, patología mamaria y tracto genital, traumatología, urología y vacunación. En todos ellos se realizan tres tipos de tareas: 1) de apoyo administrativo; 2) de apoyo a la atención médica; 3) prácticas de enfermería.

1) En todos ellos manejo de las historias clínicas, estudios realizados, distribuirlos y archivarlos, control de libretas sanitarias, buscar y llevar historias clínicas de archivo, recibir y controlar órdenes de SAMO y Cooperadora.

2) Equipar los consultorios, preparar el material utilizado y reponer el mismo, enviar a esterilización, enviar patologías, biopsias, PAP, control de medicamentos, vacunas, solicitud de los mismos y control de ropa.

3) Curaciones, tratamientos de ATB, quimioterapias, venopunturas, controles vitales, vacunación a embarazadas, infantil y escolares, electrocardiogramas, electroencefalogramas, retirar yesos y gastroenterología en nivel I se maneja un consultorio para estudios y colabora la enfermera en los mismos.

#### **COMENTARIO**

1) Difundir el rol de la enfermera en los consultorios externos.

2) Mejorar la calidad de prestación, implementando reuniones periódicas para intercambiar opiniones multidisciplinarias.

(\*) Consultorio Externo "Patología Cervical" del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

### ABSCESO ESPINAL EPIDURAL: PRESENTACION DE DOS CASOS D'Annuncio E, Tróccoli G (\*).

**RESUMEN:** El absceso espinal extradural es una rara enfermedad con una incidencia de 1 caso por 10.000 internaciones en un hospital general. Su origen puede ser hematógeno de un foco séptico a distancia, por extensión directa de un foco vecino o secundario a cirugía. Es una enfermedad de rápida evolución que conduce a paraplejía irreversible de no ser tratada a tiempo.

**PRESENTACION DEL CASO:** Presentamos dos pacientes con esta patología:

Caso 1: Paciente masculino de 44 años, con tuberculosis pulmonar diagnosticada y tratada 2 años antes del ingreso, que presentó un cuadro rápidamente progresivo de paraplejía. A su ingreso se constató un absceso epidural dorsal contiguo a una osteomielitis vertebral que, a pesar del rápido tratamiento quirúrgico, no logró revertir el cuadro neurológico. La etiología se demostró tuberculosa.

Caso 2: Paciente femenina de 42 años con lumbalgia y paraparesia progresivas, constatándose con resonancia magnética (RM) un absceso del psoas y una colección extradural a nivel lumbar. La evacuación quirúrgica posibilitó la rápida recuperación neurológica, aislándose del material extraído un estafilococo aureus e instalándose antibiotioterapia. A los 45 días repite el cuadro de paraparesia progresiva pero en esta oportunidad con dolor dorsal. Una nueva RM demostró otra colección epidural a nivel dorsal contigua a una discitis. Una nueva cirugía posibilitó la recuperación neurológica ad integrum.

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

### REQUERIMIENTOS DE INSULINA EN DIABETICOS OBESOS Becerra H, Flores C, Jouffré G, Sola M, Bonacorsi S, Aramburu A (\*).

**INTRODUCCION:** El motivo de estudio fue comparar los requerimientos de insulina, patrón de administración de la misma y presencia de patologías asociadas en pacientes diabéticos obesos y no obesos.

**MATERIAL Y METODOS:** En este estudio se incluyeron N= 34 pacientes diabéticos insulino dependientes obesos (Grupo A) y N= 18 diabéticos insulino dependientes normopeso (Grupo B). Se separó a los pacientes según si su BMI fuera inferior o superior a 27 (correspondiendo a un 20% de sobrepeso). Se tomó en consideración tiempo de evolución de su diabetes, presencia de hipertensión, dislipidemia, hábitos higiénico-dietéticos y medicación asociada.

**RESULTADOS:** Se observó que el grupo A presentaba un tiempo de evolución de la DBT con una X media de  $11,5 \pm 4,2$  años, el 35% era hipertenso y recibía medicación asociada.

El grupo B presentaba una X media de  $14,1 \pm 9,7$  años, los cuales recibían tres o más medicamentos por otra patología, siendo el 85% de este grupo hipertenso. No se halló diferencias significativas entre ambos grupos respecto al perfil lipídico.

#### CONCLUSIONES

1) En nuestro estudio los diabéticos insulino dependientes obesos tienen menor tiempo de evolución de su patología metabólica que aquellos normopeso.

2) Observamos mayor incidencia de hipertensión en el grupo B.

3) Los pacientes obesos no requieren más dosis de insulina por el hecho de serlo.

4) Los hábitos higiénicos alimentarios de ambos grupos fueron desordenados.

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

### SEGUIMIENTO CON MARCADORES TUMORALES EN PATOLOGIA NEOPLASICA TESTICULAR Sola M, Bonacorsi S, Becerra H, Jouffré G, Flores C (\*).

**INTRODUCCION:** El marcador tumoral "ideal" debe cumplir con dos requisitos: especificidad y sensibilidad. La primera especifica el tipo de tumor y se refiere a la presencia o no de células neoplásicas y la sensibilidad contribuye al diagnóstico temprano.

La gonadotropina coriónica subunidad beta (GCB) se encuentra en tejido de testículos normales, sin embargo en suero sólo es detectable en tumores testiculares con elementos trofoblásticos.

La alfafetoproteína (AFP) es elevada durante la gestación y se presenta aumentada fuera de este

período, cuando las células germinales sufren alteración neoplásica.

**OBJETIVOS:** Seguimiento de tumores testiculares con marcadores biológicos.

**MATERIAL Y METODOS:** Desde el año 1992 a junio de 1996 se atendieron en el Servicio de Medicina Nuclear 35 pacientes varones derivados de los Servicios de Urología y Oncología Clínica por tumor testicular a los cuales se les dosó GCB y AFP por método IRMA.

**RESULTADOS:** Los valores prequirúrgicos fueron variados pero en ningún paciente normales, a algunos no se les realizó, previo a la cirugía.

Rango de variación: GCB= 30-400000 mUI/ml (V.R. 0-10 mUI/ml).

AFP= 20-1500 ng/ml (V.R. 0-7 ng/ml).

Las edades fueron: 0-10 a = 6 pac.; 10-20 a = 2 pac.; 20-30 a = 17 pac.; 30-40 a = 7 pac.; 40-50 a = 6 pac.; 50-60 a = 2 pac.

A todos los pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico o combinado con quimioterapia.

En el laboratorio de R.I.A. se realizó semanalmente HCG y AFP.

Después de la eliminación tumoral los valores séricos de ambos marcadores decrecieron rápidamente, por lo cual se los utilizó para control de respuesta terapéutica.

#### CONCLUSIONES

1) La determinación de GCB pueden ser de utilidad diagnóstica y de ayuda en el monitoreo del efecto de la terapia aplicada.

2) La determinación de AFP tiene gran valor para el monitoreo de la terapia y en la detección de recurrencia del tumor.

Agradecemos la colaboración de los Doctores Eduardo Pérez y Alejandro Ferro.

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

#### NEUROCIRUGIA ESTEREOTAXICA: INFORME PRELIMINAR Tróccoli G, D'Annuncio E (\*)

**RESUMEN:** El objetivo de esta presentación es describir los fundamentos físicos de la neurocirugía estereotáxica, mostrar la informática e instrumental utilizados en este procedimiento y presentar nuestras primeras experiencias con la utilización del método.

La base científica de la estereotaxia es la posibilidad de localizar con absoluta precisión un punto pre-establecido del cerebro. La aplicación del prin-

cipio cartesiano, es decir que la intersección de tres planos ortogonales en un punto establece un sistema de ejes o coordenadas, posibilita la ubicación precisa de un punto determinado dentro de un volumen establecido. Junto a esto, la utilización de modernos programas de computación e imágenes permite realizar el abordaje quirúrgico de cualquier lugar del cerebro en forma absolutamente precisa y mínimamente invasiva.

Esta técnica, cuya denominación más apropiada sería "cirugía estereotáxica guiada por imágenes", es actualmente utilizada para realizar biopsia de lesiones cerebrales, ubicación de catéteres (por ej. para drenar abscesos), implante de electrodos (por ej. para tratamiento de la epilepsia), evacuación de hematomas cerebrales, radioterapia (radiocirugía estereotáxica) y otras aplicaciones (por ej. extracción de cuerpos extraños).

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

#### HIPERPROLACTINEMIAS: MOTIVO DE CONSULTA. CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES

**Becerra H, Jouffré G, Flores C, Sola M, Bonacorsi S, Aramburu A (\*)**

**OBJETIVO:** Evaluar el motivo de consulta y características clínicas de pacientes a los cuales se les detectó hiperprolactinemia.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó búsqueda de aquellas prolactinas determinadas por IRMA considerándose valores normales, dependiendo del sexo: 3-17 ng/ml para el hombre, siendo patológico las prolactinas por encima de 20 ng/ml. Para la mujer: 3-24 ng/ml, siendo patológicas concentraciones superiores a 25 ng/ml (estos valores corresponden a adultos). Desde el año de vida hasta la pubertad se mantiene un rango de 5 a 10 ng/ml.

**RESULTADOS:** Fueron evaluados 101 casos. Siendo estos: 98 mujeres y 3 varones. Las edades de los mismos se dividieron en dos grupos: 2 pacientes menores de 15 años (prepubéres) y el resto por encima de esta edad.

Los pacientes que consultaron por primera vez al servicio de ginecología fue de 55%, a endocrinología un 40%, a neurología un 5% y a otros servicios 5%.

Los motivos de consultas más frecuentes fueron: n= 22 (21,78%) amenorrea; n= 14 (13,86%) irregularidades menstruales; n= 14 (13,86%) esterilidad; n= 11 (10,89%) galactorrea; n= 7 (6,93%)

historias familiares de hipotiroidismo; n= 8 (7,92%) sin diagnóstico; n= 8 (7,92%) obesidad; n= 7 (6,93%) alopecia; n= 3 (2,97%) hipertricosis; n= 3 (2,97%) tumores cerebrales; n= 1 (0,99%) bocio; n= 1 (0,99%) vitiligo; n= 1 (0,99%) hipotrofia testicular y n= 1 (0,99%) depresión.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes que presentaron hiperprolactinemia con valores de:

1) 25-50 ng/ml, dentro de estos valores el 73% correspondió a consultas ginecológicas (amenorrea, esterilidad, oligomenorrea, irregularidades menstruales). Estos son los motivos de consulta más frecuentes.

2) 51-80 ng/ml resultaron en un 66% de origen tiroideo.

3) Superiores a 150 ng/ml se relacionaron con patología hipofisaria.

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

#### METODOLOGIA DIAGNOSTICA: HIPERPROLACTINEMIAS. NUESTRA EXPERIENCIA

**Becerra H, Flores C, Jouffré G, Sola M,  
Bonacorsi S (\*)**.

**OBJETIVOS:** De las 101 pacientes con hiperprolactinemia que consultaron al servicio de endocrinología y medicina nuclear, determinamos la metodología de estudio a seguir para ver la frecuencia de síndrome galactorrea amenorrea inespecíficas, hipotiroidismo, causas medicamentosas y de adenomas hipofisarios.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó el estudio de pacientes de ambos sexos y de distintas edades. Se descartaron mujeres gestantes y aquellos hipotiroidismos ya detectados.

La determinación de PRL se realizó por I.R.M.A. V.R. hombre 3-17 ng/ml, mujer 3-25 ng/ml.

En aquellas pacientes que presentaron estigmas clínicos compatibles con hipotiroidismo se les solicitó T3 T4 TSH AM y AT. En los pacientes en los que la TSH basal tenían un valor borderline (2,5-4,5 mUI/ml) se les practicó TRH-TSH/TRH-PRL (BASAL 25' y 60').

Aquellos que consultaron por signos y síntomas de masa ocupante cerebral que resultaron tener Rx de silla turca patológica o resultados de laboratorio sospechosos se les solicitó T.A.C. o R.M.N. cerebral.

**RESULTADOS:**

n= 66 (65,34%) presentaron hiperprolactinemias de causas inespecíficas, comenzaron con agonistas dopaminérgicos.

n= 30 (29,70%) presentaron diagnóstico de hipotiroidismo, de estos: n= 21 (70%) con hipotiroidismo franco y n= 9 (30%) con hipotiroidismo subclínico, todos estos pacientes hicieron reemplazo con levotiroxina.

Se observaron n= 5 (4,95%) adenomas hipofisarios.

**CONCLUSIONES:**

1) la causa más frecuente de hiperprolactinemias en nuestros servicios es por etiología funcional.

2) Es importante el porcentaje de hipotiroidismo como causa de hiperprolactinemia, n= 30 lo que representa el 29,70% del total.

3) En el estudio de las hiperprolactinemias es de suma importancia el empleo de TRH como prueba diagnóstica.

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

#### MODIFICACIONES EN LA MASA OSEA Y EN LA HOMEOSTASIS DE LA GLUCOSA EN RESIDENTES DE LA ZONA DE BAHIA BLANCA CON ALTA INGESTA ESPONTANEA DE FLUOR **de la Sota M, Puche R, Rigalli A, Fernández L, Benassati S, Boland R (\*)**

**RESUMEN:** Se estudiaron 24 mujeres y 2 hombres de 44 a 66 años de edad, residentes en una zona cercana a Bahía Blanca, caracterizada por su alto contenido de flúor en el agua de bebida (> 200µM). Las fluoretrias de ayuno (0,5 a 9,2 µM) y fluorurias diarias (> 60 µ moles/día) son razonables en un área de fluorosis endémica. Los pacientes dieron su consentimiento para ser evaluados. La densidad mineral ósea (DMO) de la columna lumbar (L2-L4: 1330 + - 41 mg/cm<sup>2</sup>) y del cuello femoral (1045 + - mg/cm<sup>2</sup>) fueron significativamente superiores al promedio de sujetos normales del mismo sexo y edad.

Se consideró que la excreción urinaria diaria de fluoruro es función directa del contenido esquelético del anión. Se observaron correlaciones significativas entre la fluoruria y la DMO L2-4 (r= 0,43, P < 0,05), la relación hidroxiprolina/creatinina (r= 0,56, P < 0,05) y fosfatasa alcalina sérica (r= 0,42, P > 0,05). Estos resultados sugieren que: a) la fluoremia de estos pacientes depende de la ingesta diaria de fluoruro y del anión reciclado por la reabsorción

ósea y b) es eficaz en estimular la actividad de los osteoblastos.

Todos los sujetos tenían concentraciones basales normales de glucosa e insulina. Al área bajo la curva de insulinemia durante una prueba standard de sobrecarga de glucosa mostró una relación inversa con la fluoremia. Esta observación coincide con experimentos que muestran que concentraciones superiores a 5µM de fluoruro en plasma, inhiben la secreción de insulina.

(\*) Grupo de Estudios en Medicina Interna de Bahía Blanca. Laboratorio de Biología Osea de la Universidad Nacional de Rosario. Departamento de Biología y Bioquímica de la Universidad Nacional del Sur. Mitre 376 - 3° A. Bahía Blanca.

#### SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION DE MOLA HIDATIFORME CON HCG SUB-BETA **Sola M, Bonacorsi S M, Becerra H, Jouffre G, Flores C (\*)**

**INTRODUCCION:** La HCG humana aparece en la mujer normal durante el embarazo, ya que es sintetizada por la placenta. La subunidad beta de la HCG es la que le confiere especificidad como marcador biológico, además de como diagnóstico de embarazo se la utiliza en la patología neoplásica, como es la mola hidatiforme.

**OBJETIVO:** Seguimiento de los niveles de HCG en pacientes portadoras de mola, derivados del servicio de ginecología y de oncología clínica de este hospital.

**MATERIAL Y METODOS:** Se siguió la evolución de 28 pacientes desde 1992 hasta la actualidad, se les realizó determinación semanal de HCG sub Beta por método IRMA.

HCG sub B: VR: no embarazada hasta 10 mUI/ml. Pico máximo 200.000 mUI/ml (3° mes de gestación).

Los valores hallados prequirúrgicos fueron superiores a 200.000 mUI/ml llegando hasta 720.000 mUI/ml, no pudiéndose cuantificar algunos.

Los pacientes estudiados fueron: menores de 20 años= 6 pacientes; 21 a 40 años= 19 pacientes; mayores de 41= 2 pacientes.

Del total de pacientes, a 17 se les realizó un solo legrado. Más de un legrado se le realizó a 4 pacientes, de los cuales a 1 se les realizó histerectomía y a los 3 restantes quimioterapia, del total, a 3 pacientes se ignora el tratamiento realizado.

Concordantemente con la bibliografía a nuestro alcance, se produjo la remisión con niveles normales

de HCG sub B luego de la cirugía entre los 10 y los 170 días de realizada. En aquellas en las que los niveles de HCG sub B se mantuvieron elevados se les aplicó quimioterapia, habiendo una evolución favorable en dos de ellas.

**CONCLUSION:** La concentración de HCG sub B refleja la masa de mola hidatiforme o la recidiva de la misma.

Agradecemos a los Doctores Juan Pérez y Alejandro Ferro, su colaboración.

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

#### RENDIMIENTO DE UNA UNIDAD DE ALCOHOLISMO EN UN HOSPITAL INTERZONAL

**González M, Molina R (\*)**

**INTRODUCCION:** Es conocida la importancia de la enfermedad alcoholismo en nuestro medio y lo poco conocido de los resultados de las terapéuticas implementadas. Mencionaremos algunos estudios realizados por ejemplo: Costello y col. (1977) esperaban un éxito del 50% con seguimiento de un año (1), Sobell y Sobell y Cady y col. (1978) aseguraban éxito del 70% en seguimiento de tres años. Estos ejemplos son relatados en el libro Wahs y Bennett "Rehabilitación Psiquiátrica" (1990). En cambio en nuestro país los centros de tratamiento y alcoholismo de Córdoba y La Plata aseguran resultados del 30% de los enfermos.

**PLANTEAMIENTO HIPOTETICO:** Se investiga lo acontecido a pacientes que concurren a una unidad de alcoholismo inserta en el Hospital General de Agudos "Dr. José Penna" de Bahía Blanca, donde realizan tratamiento (desintoxicación) consistente en la supresión del consumo de alcohol en forma rápida y tareas inmediatas de recuperación durante un lapso de 6 meses.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:** Describimos pacientes alcohólicos recogidos de la oficina de estadísticas del Hospital Interzonal para poder estimar el tiempo de duración de la abstinencia de nuestros enfermos.

**METODOS Y TECNICAS:** El análisis de los registros hospitalarios en un lapso de 6 meses nos permitió medir la cantidad de alcohólicos asistidos y los resultados terapéuticos e inscribirlos en tablas, cuadros y gráficos.

**RECOLECCION DE DATOS:** Es un trabajo de investigación en salud por registro.



Se asistieron en la unidad 157 pacientes que realizaron 1.056 consultas, de ellas 92 fueron por primera vez.

De los 157 pacientes atendidos, 109 de ellos concurren a los grupos, lo que nos da el 68% de rédito; 61 pacientes concurren a más de una reunión grupal; 10 de ellos tuvieron una continuidad en la asistencia a las reuniones de más del 50% (de las 21 reuniones grupales realizadas en los primeros 6 meses de 1996).

**RESULTADOS:** Se puede apreciar que el 80% de los pacientes dejaron de consumir alcohol luego de la primera consulta y que de un total de 109 pacientes, 61 de ellos concurren a las reuniones más de una vez.

**CONCLUSIONES:** Si bien estos pacientes están en evaluación, podemos decir que nos parece aceptable.

El rendimiento del 68% del total de pacientes que asisten a los grupos de rehabilitación. Es una cifra elocuente que el 80% de los pacientes logren dejar de beber en la primera consulta.

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

#### **CARCINOMA FILOIDES DIAGNOSTICADO POR RX Y PUNCIÓN**

**Sclavi N, Tentoni U, Bortnik S, Bereilh D, Franciulli J, Berardi H, Jederlinic A (\*).**

**RESUMEN:** tumor de mama en paciente adolescente, deficiente mental. Diagnóstico ecográfico de formación de contenido sólido de grandes dimensiones. Diagnóstico radiológico de densificación macronodular, sospechosa de cistosarcoma filoides.

Punción aspirativa, resultó su histopatología carcinoma intraductal.

Extirpación quirúrgica con biopsia por congelación y diferida de cistosarcoma filoides.

Signología y frecuencia de C. filoides.

Descripción radiodiagnóstica de las características Rx.

Diagnóstico diferenciales.

Descripción y signos ecográficos.

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

#### **PURPURA FULMINANTE EN LA DESHIDRATACION HIPERNATREMICA. PRESENTACION DE UN CASO**

**Buschiazzo R, Díaz V, Erb M, Garbiero S (\*).**

**RESUMEN:** La púrpura fulminante es una complicación que obedece a diversas etiologías como sepsis, coagulación intravascular diseminada, vasculitis y estados de bajo flujo, siendo extremadamente rara su presentación en estados hiperosmolares.

Presentamos un paciente de sexo masculino, de 10 años de edad deficiente mental, con historia de 5 días previos de vómitos, fiebre y taquipnea, encontrándose al examen físico: broncoespasmo moderado y cianosis marcada en forma de guante en ambas manos y en miembro inferior izquierdo.

En el laboratorio presentaba severa hiperglucemia e hipernatremia, acidosis metabólica, hipocalcemia y azotemia. Con la corrección de la natremia y posterior hidratación, las lesiones purpúricas quedaron limitadas a tres dedos de la mano izquierda. Se decide como tratamiento la anticoagulación con heparina, aplicaciones tópicas con nitroglicerina local, oxígeno hiperbárico, evitando la progresión de la lesión y facilitando la posterior resolución quirúrgica.

El objetivo de esta presentación, es revisar y discutir los aspectos fisiopatológicos de esta entidad, las controversias del tratamiento, enfatizando este hallazgo como una potencial y grave complicación de los estados hipernatremicos o hiperosmolares.

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

#### **SINDROME DE REGRESION CAUDAL. A PROPOSITO DE UN CASO**

**Jacobi N, Lutkevicius C (\*).**

**RESUMEN:** El síndrome de regresión caudal (SRC), representa un conjunto de malformaciones congénitas que abarca desde agenesia de columna lumbosacra hasta la expresión máxima de sirenomielia, con fusión de extremidades inferiores y anomalías viscerales mayores.

Presentamos el caso de un recién nacido de término, bajo peso para la edad gestacional hijo de madre diabética, con ausencia completa de columna lumbosacra confirmado por radiografía.

Al examen físico se observó: talla corta, miembros inferiores hipoplásicos con pterigium poplíteo y prominencia dorsal de la duodécima vértebra

torácica. Como disfunción asociada se encontró vejiga neurogénica.

El SRC es una patología poco frecuente cuya incidencia publicada varía desde 0,01 a 0,5 cada 1.000 nacidos vivos.

El tratamiento es interdisciplinario y está orientado a mejorar la calidad de vida del paciente.

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

### TUBERCULOSIS CEREBRAL EN PEDIATRIA. REPORTE DE UN CASO Díaz V, Erb M, Garat C (\*)

**INTRODUCCION:** Se presenta un caso de TBC extrapulmonar, de localización cerebral, en un paciente de 4 años de edad procedente de Bolivia.

**CASO CLINICO:** Niña de 4 años de edad, nacionalidad boliviana, que comienza hace 4 meses con dificultad en la marcha.

Al examen físico actual presenta hemiparesia derecha hiperreflexia y clonus ipsilateral, anisocoria y marcha atáxica. No presenta signos de hipertensión endocraneana. Sensorio normal.

Antecedentes positivos de maltrato, no se recaban datos de interés clínico.

Se realiza T.A.C. y posterior biopsia cerebral.

Anatomía patológica: tuberculosis cerebral.

Se indica antibioticoterapia específica y corticoides.

**CONCLUSION:** La TBC es una enfermedad de alta prevalencia en los países en desarrollo inclusive el nuestro. La tuberculosis en la infancia es difícilmente diagnosticada. Las formas extrapulmonares son infrecuentes y el manejo terapéutico engorroso.

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

### CARACTERIZACION DE UNA POBLACION DE PACIENTES DIABETICOS EN INTERNACION

Solís D, Wisniowski C, Iannariello B, Sáez M, Casella P, Kowalyszyn R (\*)

**OBJETIVOS:** Observar las características clínicas y el compromiso orgánico de los pacientes diabéticos que ingresaron a nuestro servicio en los últimos 8 meses, con vistas a su seguimiento a largo plazo.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un trabajo prospectivo donde se incluyeron todos los

pacientes diabéticos que ingresaron al servicio de clínica médica durante los últimos 8 meses.

Se les realizó interrogatorio pesquizando antecedentes familiares, edad y edad al momento del diagnóstico, tratamiento recibido, características del control metabólico y existencia de educación sobre su enfermedad, antecedentes de complicaciones agudas; examen clínico observando presencia de complicaciones crónicas; exámenes de laboratorio que incluyeron perfil lipídico, perfil renal y hemoglobina glicosilada.

**RESULTADOS (Preliminares):** Se incluyeron 39 pacientes, 5 hombres y 6 mujeres diabéticos tipo I; 20 hombres y 8 mujeres diabéticos tipo II. Las edades promedio de los mismos fueron: Diabetes tipo I hombres  $54,5 \pm 12,2$ , mujeres  $30,6 \pm 8,2$  diabetes tipo II hombres  $65,3 \pm 10,2$ , mujeres  $63,4 \pm 9,36$ . En cuanto a la edad a la que se realizó el diagnóstico los pacientes diabéticos tipo I hombres fue de  $37 \pm 4$  años, mujeres  $23,5 \pm 13,5$  y en los tipo II fue en los hombres de  $53,2 \pm 15,2$  y en las mujeres  $45 \pm 9,3$ . La mayoría (82%) de los pacientes tomaron su primer contacto con el servicio en la internación. Solamente el 18% de este grupo tiene un seguimiento por el consultorio externo de nuestro servicio. Respecto del tratamiento el 43,5% recibía glibenclamida, el 33% estaba medicado con insulina NPH. Considerando la presencia de complicaciones agudas en 54% de los pacientes tipo I tenían antecedente de cetoacidosis diabética. En cuanto a las complicaciones crónicas la gran mayoría presentaba alguna de las mismas.

**CONCLUSIONES:** El presente trabajo muestra que la mayoría de los pacientes de este grupo no era seguido por el consultorio externo del servicio y presentaban frecuentes complicaciones tanto agudas como crónicas de la enfermedad.

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

### INTOXICACION CON BROMATO DE POTASIO Iannariello B, De Feo F, Pagliari S, Beltrán R, Kowalyszyn R, Casella P, Cuchetti C, Wisniowski C (\*)

**INTRODUCCION:** El bromato de potasio es una sustancia de uso en la industria panadera que tiene similares características macroscópicas que el azúcar, que ingerido por vía oral produce un cuadro intestinal que de no ser tratado precozmente y dependiendo de la cantidad ingerida, culmina con

insuficiencia renal y hepática.

**MOTIVOS Y METODOLOGIA:** Se presentan cuatro casos por intoxicación por bromato de potasio tras la ingesta accidental del mismo, por vía oral: a través de infusiones.

**RESULTADOS:** Los tres primeros casos se presentan con similar sintomatología: de inicio súbito con dolor abdominal difuso y aumento del número de deposiciones. Consultan a guardia tras la manifestación intestinal y conociéndose la causa de la misma, se comienza en forma inmediata tratamiento parenteral con hiposulfito de sodio. Durante la internación los síntomas revirtieron rápidamente, además fue controlada la función hepática y renal, constatándose valores normales al ingreso y egreso de los mismos. El último caso se trata de un paciente de 20 años de edad con antecedentes de náuseas, vómitos, melena (2 deposiciones) y disminución del ritmo diurético, estos síntomas referidos en el lapso de 3 días. El paciente fue evaluado por el servicio de nefrología de nuestro hospital, considerándose realizar tratamiento dialítico de inmediato debido a que el paciente cursaba una insuficiencia renal de etiología tóxica.

El paciente evoluciona favorablemente luego del tratamiento, normalizando la función renal y hepática; se le otorgó el alta médica sin tratamiento alguno.

**CONCLUSION:** Se presentan estos cuatro casos ya que esta intoxicación es poco frecuente en nuestro medio.

Concluimos que los síntomas digestivos fueron el motivo de consulta en todos los casos y comprobándose la afectación renal reversible con el tratamiento temprano.

**INFORMES:** Centro de Toxicología de La Plata.

(\*) 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 eventos de aparente amenaza de vida (EAAV), (o Síndrome de Muerte Súbita Frustrada: SMSF o A.L.T.E.).

**MATERIAL Y METODOS:** De 143 pacientes con RGE en seguimiento por consultorio externo:

-Fueron evaluados 8 pacientes con RGE prima-

rio y EAAV. Con evaluación neurológica, cardiológica, metabólica e infecciosa. El diagnóstico se realizó por la clínica, seriada esofagogastroduodenal y pHmetría de 18-24 hs.

**RESULTADOS:** La edad de presentación fue: menores de 1 mes de vida en 6 pacientes y entre 1 y 2 meses de vida en 2 pacientes.

Representan el 6% de los pacientes en seguimiento con RGE.

Todos consultaron por episodios de apnea con cianosis, 5 niños tenían síntomas digestivos previos de RGE (62%) y 3 niños eran silentes (38%). Posteriormente todos tenían manifestaciones digestivas de RGE.

A todos se les realizó electrocardiograma, Rx tórax, SEG, evaluación cardiológica, ecografía cerebral, electroencefalograma, evaluación neurológica, anión gap, EAB, amoniemia y urocultivo, siendo los mismos normales.

pHmetría computarizada de 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 niños y 1 repitió 2 episodios más de EAAV (mala evolución) que requirió tratamiento quirúrgico con buena evolución posterior.

#### **CONCLUSIONES:**

-Es una rara manifestación de RGE.

-Los episodios de aparente amenaza de la vida es la manifestación más grave de RGE (6% < 2 meses).

-En todo paciente con EAAV investigar RGE (pHmetría computarizada de 18-24 hs.).

-Comenzar con tratamiento médico y medidas de vigilancia.

-Si falla el tratamiento médico realizar tratamiento quirúrgico.

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

#### **ANGIOSARCOMA HEPATICO**

**Iannariello B, Gabbarini C, Casella P, Sáez M, Wisniowsky C, Kowalyszyn R, Solís D, Lespi P (\*)**

**INTRODUCCION:** El angiosarcoma de hígado es una neoplasia infrecuente (1 al 3% de los tumores primitivos de hígado), de origen vascular.

Caracterizado por la presencia de células endoteliales con atipia y anaplasia celular. Aunque su etiología no es conocida está epidemiológicamente vinculado a diversos carcinógenos químicos como ser el thorotrast, cloruro de vinilo y arsenicales

inorgánicos. Aparece más frecuentemente en hombres que en mujeres (3:1).

Se presenta el caso de una paciente de 70 años de edad, sexo femenino, con antecedentes de hipertensión arterial no medicada que se internó por presentar hiporexia, pérdida de peso, astenia y sudoración.

Los datos positivos al ingreso fueron: palidez cutáneo mucosa, soplo sistólico en precordio, rales crepitantes aislados en base pulmonar izquierda, hepatomegalia dolorosa a la palpación e impresiónaba crónicamente enferma. Ingresó afebril. Los datos de laboratorio evidenciaron un hematocrito de 29% y leucocitos de 13200 mm<sup>3</sup> (con neutrofilia). Una ecografía de abdomen reveló hepatomegalia heterogénea con múltiples imágenes hipoeoicas y sobre una de ellas se efectuó punción aspirativa cuyo resultado fue el de presencia de células sospechosas de atipicidad, con cultivo negativo para gérmenes. Desde el segundo día de la internación presentó fiebre con empeoramiento progresivo del estado general. Se realizó TAC de abdomen donde se evidenciaron múltiples lesiones en hígado de características quísticas, algunas de ellas tomaban el contraste en su centro; el bazo presentó imágenes hipodensas. Los diagnósticos presuntivos fueron:

1) Metástasis hepáticas de tumor primitivo desconocido;

2) Abscesos hepáticos.

Se instauró régimen antibiótico de amplio espectro, pese a lo cual no hubo mejoría clínica. Al mes de internada desarrolló lesiones necróticas en miembros inferiores y los exámenes de laboratorio fueron compatibles con coagulación intravascular diseminada, falleciendo posteriormente. Se efectuó necropsia.

CONCLUSIONES: El motivo de la presentación de este caso se debe a:

1) La infrecuencia de esta patología

2) Su asociación a determinados carcinógenos a los que presuntamente no estuvo expuesta la paciente

3) Lo dificultoso para arribar al diagnóstico

4) La importancia de la práctica de la necropsia

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

#### **CORRECCION DE ATROFIA FACIAL BILATERAL. USO DE GORETEX Zan J, Sebastián T, Daud O (\*)**

INTRODUCCION: A propósito de un caso de

atrofia facial bilateral por lupus eritematoso crónico y su reparación mediante el uso de implante de plancha de politetrafluoroetileno expandido (Gorotex).

OBJETIVOS: Repasar las distintas causas de atrofas faciales, los distintos métodos de tratamiento y en el caso particular nuestro, la aplicación de un nuevo material de implante: plancha de politetrafluoroetileno expandido (Gorotex).

MATERIAL Y METODOS: Se emplea como material de relleno esponja de politetrafluoroetileno expandido (Gorotex) de 3 cm x 10 cm x 7 mm, recortado y tallado artesanalmente a bisturí hoja 15, siguiendo las dimensiones de ambas regiones malares y láteroorbitarias (cuatro implantes).

RESULTADOS: Presento correcto postoperatorio, la paciente se encuentra en control y tratamiento. Se consideran probables retoques mínimos para mejorar aspecto estético de la misma.

CONCLUSIONES: Se presenta así un material de implante facial eficiente y confiable, con encapsulado muy poco palpable a diferencia de otros implantes sólidos.

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. 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 esofagogastrodudenal y pHmetría 18-24 hs.

RESULTADOS: Los pacientes con RGE primario y manifestaciones digestivas fueron 79, 12 de los cuales presentaban anomalías neurológicas (15%). Los síntomas digestivos fueron: vómitos 93%, regurgitación 89%, halitosis 7%, rumiación 31%, sialorrea 23%, hematemesis 2,5%, 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 (16%).

En todos se realizó seriada esofagogastrodudenal

denal normal y pHmetría computarizada de 18-24 hs. patológica en los 79 pacientes. La evolución fue satisfactoria en 64 pacientes (81%) con tratamiento médico. Requirieron tratamiento quirúrgico 15 pacientes (19%) de los cuales 10 eran neurológicamente anormales (66% de los tratados quirúrgicamente y 83% de los enfermos neurológicos).

**CONCLUSIONES :** Las manifestaciones digestivas son las más frecuentes (75%).

Los vómitos y las regurgitaciones fueron los síntomas más frecuentes 93%. Aparecen principalmente en el primer año de vida. La pHmetría computarizada de 18-24 hs. permitió determinar la severidad del RGE. Con síntomas típicos se debe tratar con medidas generales, antiácidos y proquinéticos como cisapride. Si el mismo falla en 1-2 meses se debe realizar pHmetría computarizada de 18-24 hs. y agregar bloqueantes H<sub>2</sub>. El tratamiento quirúrgico se realiza si: falla el tratamiento médico, esófago de Barret, estenosis esofágica o síndrome de muerte súbita 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.*

## **CUERPOS EXTRAÑOS EN ESOFAGO. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Barzola S, Fuxman J, Garmendia C (\*).**

**OBJETIVO:** Análisis retrospectivo de los casos asistidos en la Unidad de Gastroenterología del H.I.G.A. "Dr. José Penna" desde el año 1988 hasta junio de 1996.

**MATERIAL Y METODOS:** Se evaluaron 68 pacientes asistidos inicialmente en el Servicio de Emergencias.

**RESULTADOS:** Del total de pacientes (n= 68), 22 (32,3%) fueron menores de 10 años; en los cuales se halló monedas metálicas en 21 de ellos (95,4%). En los mayores de 10 años los objetos encontrados fueron carne (68,8%), astillas de huesos (23,9%) y otros (15,3%).

**CONCLUSIONES:** La patología por cuerpos extraños en esófago, si bien no es habitual, se presenta con alguna regularidad. Constatándose más frecuentemente en los extremos etarios.

Su resolución es habitualmente por métodos endoscópicos, insistiéndose en el diagnóstico por la clínica, el antecedente y Rx simples; debiéndose evitar los estudios contrastados. Tener en consideración la urgencia que motivan los cuerpos extraños

punzantes y la obstrucción de la vía aérea.

(\*) *Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

## **CONSTIPACION Y ENSUCIAMIENTO EN NIÑOS Garat C (\*).**

**INTRODUCCION:** Los desórdenes de la eliminación de materia fecal, especialmente la constipación crónica retentiva con ensuciamiento, 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 crónica en seguimiento por consultorio externo, fueron evaluados 113 pacientes con constipación crónica retentiva con ensuciamiento. El diagnóstico se realizó por clínica y Rx de abdomen.

**RESUMEN:** Sexo femenino 77 (68%) y masculino 36 (32%). Edad de presentación 0-5 años 47% (54 pacientes), 6 o más años 53% (59 pacientes). Edad de diagnóstico 0-5 años 20% (23 pacientes), 6 o más años 80% (90 pacientes). Síntomas: constipación 100%, retención y ensuciamiento 100%, deposiciones de mayor tamaño y consistencia 100%, dolor abdominal 30%, problemas psicológicos o conductuales 15%, prolapso rectal 3,5%, trastorno alimentario 23%, terapia previa 60%, historia familiar de constipación 40%, alteraciones del crecimiento 8%, eliminación de meconio en las primeras 24 hs. de vida 100%, enuresis 10%, antecedentes de enfermedades crónicas ninguno. Ex. Físico: distensión abdominal 20%, masa abdominal palpable 63%, impactación fecal 80%, peso < P5 2,5%, dolor abdominal 9%. En todos se realizó Rx abdomen de pie, en 8 rectografía y 12 colon por enema. Tratamiento: reeducación del hábito intestinal, dieta rica en fibras y aceite mineral. Evolución: buena: no ensuciamiento 75% y no constipación 65%. Mala: ensuciamiento 25%.

**CONCLUSION:** Es la segunda causa más frecuente de constipación crónica en niños, 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 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.*

## SENO URACAL COMPLICADO. REPORTE DE 2 CASOS

**Sveltiza J, Nebot G, Irlandese P, Grimi C, Alvarez G (\*).**

**INTRODUCCION:** Motiva la presente comunicación, el interés de reportar nuestra experiencia con 2 pacientes portadores de un seno uracal complicado, que requirieron de una segunda consulta y de reinternación hasta arribarse al diagnóstico y al tratamiento adecuados, lo que atribuimos a la extrema infrecuencia de esta afección.

El seno uracal tiene su origen en una obliteración deficiente del alantoides y consiste en una formación quística, con grados variables de comunicación entre la vejiga y el ombligo. Su evolución natural más probable es la complicación infecciosa que puede presentarse a través de onfalitis y celulitis graves; o bien de la formación de abscesos que podrán drenarse espontáneamente por el ombligo, o romperse a la cavidad abdominal generando peritonitis.

Suelen manifestarse en los primeros años de vida, siendo el pico de presentación entre los 3 y los 5 años, aunque muchas veces transcurren asintomáticos hasta la edad adulta, donde se lo ha descrito asiento de un número considerable de neoplasias.

En todos los casos, podrá palparse una tumoración dolorosa por debajo del ombligo y por encima del pubis, pudiendo observarse onfalitis concomitante.

Un rasgo común de estos niños es el antecedente de topicaciones con nitrato de plata por granulomas umbilicales "muy rebeldes", o bien el tratamiento anterior por episodios de infecciones urinarias.

El método diagnóstico de mayor valor es la ecografía, capaz de revelar la presencia de la lesión en todos los casos, siendo muy engorroso y perjudicial para el paciente, tratar de efectuar fistulografías a los fines de corroborar una comunicación con la vejiga.

Está indicado el estudio del árbol urinario, por la asociación que existe con la presencia de valvas de uretra posterior. Podrá aprovecharse entonces el tiempo del cistograma miccional para constatar la presencia de depresiones en el techo vesical, ya que el seno se comporta como un divertículo excluido.

El tratamiento consiste en la extirpación total y en frío del seno, lo que rara vez puede conseguirse a través de un abordaje extraperitoneal por encontrarse el peritoneo comprometido y friable.

El estudio de anatomía patológica suele confirmar la presencia de epitelio transicional tapizando el interior de la lesión con los diversos grados de compromiso inflamatorio del espesor de su pared.

La evolución postoperatoria ha sido satisfactoria en nuestros pacientes, quienes fueron externados sin complicaciones al tercero y al cuarto día de la cirugía.

(\**Laboratorio de Citología y Patología del Hospital Regional Español. Estomba 571. Bahía Blanca.*)

## HEMATEMESIS Y EMBARAZO

**Arias O, Martínez A, Ibañez E, Esterkin S, Casalini C, Lasdica S, Pintos H, Picorel J (\*).**

**INTRODUCCION:** Paciente sexo femenino, 26 años de edad, primigesta cursando séptimo mes de embarazo controlado. Ingresa a UTI con feto muerto retenido y hemorragia digestiva alta por várices esofágicas grado 3 profundas, descompensada.

### ANTECEDENTES FISIOPATOLOGICOS:

-No hábitos tóxicos

-Diagnóstico dudoso de hepatitis viral en junio de 1994

-Ecografía abdominal con esplenomegalia en diciembre de 1994

-Ingesta dos años atrás de anticonceptivos orales y durante dicho lapso, episodios intermitentes de distensión abdominal y edemas en miembros inferiores.

**A SU INGRESO:** Repite hematemesis profusa con tratamiento inicial que consistió en colocación de sonda balón esófago-gástrica, practicándosele horas después escleroterapia endoscópica por diagnóstico de várices esofágicas y del techo gástrico sangrantes.

El laboratorio de ingreso: Hto.: 21%; urea: 0,26 g/l; TGO: 23 U/l; TGP: 6 U/l; Bilirrubina total: 2,4 mg%; Directa: 0,3 mg%; KPTT: 44 seg; TP: 16 seg (63%); Gamma GT: 4 U/l; Plaquetas: 20.000.

Colágenograma: Fan y AntiDNA negativos.

Ecografía Doppler Abdominal: abundante ascitis, hígado normal, vena suprahepática normal, no se visualiza vena porta. Esplenomegalia.

En decisión conjunta con el Servicio de Ginecología se decide interrupción de embarazo no viable por cesárea.

La paciente estabiliza su cuadro provisoriamente, 72 hs. después repite episodio de hematemesis profusas con descompensación hemodinámica. Se realiza nueva sesión de escleroterapia endoscópica

esofágica con yugulación del cuadro. Horas después presenta hipoxemia refractaria a oxigenoterapia con gasometría y Rx de tórax compatible con cuadro de distress respiratorio del adulto, que requiere de ARM controlada, obitando 24 hs. después.

El diagnóstico de anatomía patológica: cavernomatosis de la vena porta.

(\*) Servicio de Terapia Intensiva de Adultos del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

### **STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: SUSCEPTIBILIDAD A ANTIBIOTICOS Rizzo M, Vaylet S, Bonnano A (\*).**

**INTRODUCCION:** Streptococcus pneumoniae continúa siendo el agente etiológico más frecuente de la neumonía adquirida en la comunidad y causa, más ocasional, de meningitis y bacteriemia.

La resistencia del neumococo a la penicilina y otros antibióticos se ha incrementado en los últimos años.

**OBJETIVO:** Investigar la resistencia de S. pneumoniae a penicilina y otros antibióticos y cómo ésto se correlacionaba según se tratara de aislamientos que correspondieran a cepas invasivas o no invasivas.

**MATERIAL Y METODOS:** El estudio abarcó todos los aislamientos de S. pneumoniae tanto de pacientes pediátricos como adultos, internados o ambulatorios que consultaron en el período comprendido entre junio de 1995 y junio de 1996.

El neumococo se identificó mediante la prueba de la optoquina, solubilidad en desoxicolato de sodio al 10% y coagulación.

La sensibilidad se estudió por difusión a oxacilina, eritromicina, cefotaxima, trimetoprimasulfametoxazol y vancomicina según las normas del NCCLS. A los aislamientos obtenidos a partir de enero de 1996 que resultaron ser resistentes a penicilina por screening se les realizó la CIM a penicilina y ceftriaxona por el método de E-test.

Los aislamientos correspondieron a 53 cepas no invasivas y a 45 cepas invasivas provenientes de muestras como esputo, líquido pleural, sangre y líquido cefalorraquídeo.

**RESULTADOS:** Sobre un total de 98 aislamientos 24 (27,3%) fueron resistentes a penicilina por screening distribuidos de la siguiente manera: 13,5% en cepas no invasivas y 13,8% en cepas invasivas.

Los resultados de las CIM realizadas muestran

que existen 10,2% de cepas con resistencia intermedia a la penicilina y 3,4% con alta resistencia. Con respecto a ceftriaxona indican que existe un 4,5% de cepas con resistencia intermedia y ninguna con alta resistencia.

Solamente 8 (33,3%) de las 24 cepas resistentes a penicilina por screening fueron testeadas frente a eritromicina y trimetoprimasulfametoxazol resultando en su totalidad sensibles.

Todas las cepas fueron sensibles a vancomicina.

**CONCLUSION:** El porcentaje de Streptococcus pneumoniae resistente encontrado (27,3%) obliga a realizar pruebas de sensibilidad.

No se hallaron diferencias significativas con respecto a la resistencia en cepas invasivas o no invasivas durante el período estudiado.

La distinción entre cepas con resistencia intermedia a penicilina [CIM de 0,1 a 1 ug/ml] y resistencia elevada o de alto grado [CIM > 2 ug/ml] es importante ya que las cepas con alto grado de resistencia podrán presentar resistencia in vivo a la penicilina u otros antibióticos betalactámicos además de poder mostrar también resistencia a otros antibióticos no betalactámicos.

Dada la situación de incremento de la resistencia entre los neumococos se impone en estos momentos llevar a cabo una labor de vigilancia estricta del uso de antimicrobianos.

(\*) Laboratorio Central, Sector de Microbiología del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

### **AMILOIDOSIS SISTEMICA PRIMARIA Gabbarini C, De Feo F, Ramallo G, Carrasco G, Sáez M, Iannariello B, Larregina A, Torres A (\*).**

**INTRODUCCION:** La amiloidosis es una enfermedad caracterizada por el depósito de una sustancia protéica insoluble en la matriz extracelular de uno o múltiples órganos.

La amiloidosis sistémica primaria representa el 1% de todas las gamapatías monoclonales. Constituye un subtipo en el cual la sustancia amiloide está compuesta por fragmentos de cadenas livianas de Ig, o cadenas globales, sean Kappa o Lambda.

Se presenta un paciente de 61 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de HTA y dislipemia desde los 25 años de edad. Ingresó al servicio de clínica médica con hipotensión arterial e insuficiencia cardíaca congestiva.

Al examen físico se corrobora ingurgitación

yugular 2/3 sin colapso inspiratorio. Rales crepitantes bibasales. Derrame pleural izquierdo. Soplo sistólico en apex 2/6. Edemas en miembros inferiores 2/6, lesiones purpúricas y depósitos cutáneos de amiloide en miembros inferiores y superiores.

Estudios complementarios: laboratorio: colesterol total 3,89 gr/l. albúmina sérica: 24 gr/l. clearance de cr: 50 ml/h, dosaje de cadenas livianas en orina: relación K/L 1/10. Marcado incremento de cadenas L en orina. Biopsia de grasa periumbilical negativa. ECG: Bajo voltaje. Ritmo sinusal. Eje O°, agrandamiento aurícula izq. Hipertrofia y sobre carga del V.I. Ecocardiograma: H.V.I. concéntrica severa. Función sistólica conservada. A.I. dilatada. Derrame pericárdico leve.

Debido a la alta sospecha clínica de amiloidosis con compromiso cardíaco y renal se realizó biopsia renal. Informe: amiloidosis renal, preferentemente vascular.

El paciente fue medicado con: melfalan, prednisona y colchicina. Evolucionó desfavorablemente, falleciendo a los 3 meses del diagnóstico.

Motiva la presentación de este caso la baja sospecha clínica de esta enfermedad a pesar de una presentación relativamente frecuente. Se rescata además que a pesar del alto % de diagnóstico (90%) de la biopsia de grasa periumbilical, siendo en este caso negativa, se debe recurrir a la realización de biopsia de los órganos afectados.

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

## NEUROFIBROMATOSIS: SU EVALUACION POR IMAGENES

**Picorel J, Vives D, Gómez Giménez E (\*)**

**OBJETIVO:** El objetivo del trabajo es la valoración de los distintos métodos por imágenes (Rx, ECO, TAC, RMN) en el diagnóstico y evaluación de los pacientes con neurofibromas (NF).

**MATERIAL Y METODOS:** En un período de 4 años se encontraron doce pacientes con distintas localizaciones de neurofibromas. De ellos sólo uno correspondió a NF tipo II (neurinomas acústicos bilaterales) y el resto a NF tipo I (enf. de Von Recklinghausen).

**CONCLUSIONES:** Los hallazgos fueron: alteraciones de los nervios ópticos y cintillas, columna cervical y dorsal, nervios intercostales, nódulos subcutáneos, etc.

Las alteraciones más frecuentes fueron óseas, nervios ópticos y auditivos, resultando ser la RMN

el mejor método en la evaluación de las lesiones centrales y del raquis.

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

## CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PORTADORES DE CATETERES PARA H.D.

**Zapata M, Cifuentes P, Gutiérrez V, Dall'Armellina R (\*)**

**INTRODUCCION:** El acceso vascular definitivo de elección para la práctica de hemodiálisis periódicas en un paciente adulto, es la F.A.V. hay ocasiones en que se debe optar por un acceso vascular transitorio: I.R.A.; I.R.C.; pérdida de F.A.V.; interrupción de la D.P.C.A.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este trabajo consiste en priorizar los cuidados de enfermería en aquellos pacientes que poseen catéteres temporales para hemodiálisis, a fin de prevenir y detectar infecciones.

**MATERIAL Y METODOS :** Se describió una población dialítica (I.R.C. - I.R.A.) durante un período de 11 meses y se confeccionó el siguiente trabajo prospectivo: a) Manejo correcto de catéteres; b) Toma de muestras protocolizadas para cultivo; c) Confección de planillas con datos precisos para este estudio; d) Colocación de catéteres en quirófano, lo cual no fue posible a fin de agilizar el tratamiento dialítico.

**RESULTADOS:** Se realizó el seguimiento de 26 pacientes, durante el período estudiado; se produjeron 6 óbitos, 4 traslados, 5 altas y 11 pacientes continúan con tratamiento dialítico.

Se colocan 21 catéteres subclavios, 18 en quirófano, de los cuales 8 fueron recolocados, presentándose 6 cultivos positivos. Tres catéteres subclavios fueron colocados en sala, con cultivos positivos. Siete catéteres subclavios presentaron cultivos negativos, los cuales no fueron recolocados.

Del total de pacientes estudiados, 5 de ellos poseían catéteres femorales, 1 colocado en sala con cultivo positivo y 4 en quirófano, observándose 2 cultivos positivos.

A la fecha de concluir el trabajo, los pacientes con hemocultivos negativos, con un promedio de 10 diálisis, no sufrieron recolocación de los mismos y a uno de ellos se le efectuó tratamiento de profilaxis previo a su colocación.

**CONCLUSIONES:** Con los cuidados de enfermería ya descriptos, la toma de muestras



protocolizadas, sumado a la colocación del catéter en quirófano, el evitar la recolocación y la permanencia prolongada del mismo, se logra disminuir en estos pacientes, infecciones y sus complicaciones (septicemias, postergación en la confección de la F.A.V., etc.).

(\*) *Sala de Nefrología del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

## HERPES GESTACIONAL: A PROPOSITO DE UN CASO

**Griger F, Del Carpio G, Baliña G, Cividino G (\*)**

**INTRODUCCION:** Paciente de 38 años de edad, se interna por embarazo de 20 semanas de edad gestacional y dermatitis polimorfa caracterizada por lesiones de tipo ampollar en diferentes estadíos evolutivos.

Antecedentes obstétricos: 4 partos normales, el último feto con igual cuadro dermatológico.

Se le realiza biopsia de piel obteniéndose resultado positivo para Ig G lineal e Ig A lineal, confirmando diagnóstico de Herpes Gestacional. En el extendido de ampollas no se identifica lesión viral con las células estudiadas.

Comienza el tratamiento con curaciones locales y corticoterapia.

Reinternación a las 26 semanas con nuevo brote en piel y con el diagnóstico de diabetes gestacional tratada con dieta de insulino terapia.

Amniocentésis a las 33 semanas, se confirma madurez pulmonar fetal y se le realiza cesárea abdominal electiva con los siguientes resultados perinatales: feto de sexo masculino, peso: 1670 gramos, 33 semanas de edad gestacional. Apgar: 9/10.

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

## RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS DE BIOPSIAS ENDOMETRIALES.

### ESTUDIO PRELIMINAR

**Delgado C, Lun S, Ranieli S, Scenna M, Grimi C (\*)**

**RESUMEN:** Sobre un total de 503 resultados histopatológicos de endometrio obtenidos a través de biopsias lineales o fraccionados registradas en el servicio de anatomía patológica del H.I.G.A. "Dr. José Penna" desde el 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1995.

Se analizaron 282 historias clínicas (56,06%), correspondiente a pacientes dentro de un rango de edad entre 31 y 84 años, con una media de 50,7 años.

Se evaluaron: correlación entre hallazgos ecográficos e histopatológicos, entre motivo de consulta e histopatología, entre edad y anomalías en los resultados histopatológicos y relación hallazgos ecográficos e histopatológicos en pacientes con Tamoxifeno.

Se encontró que sólo el 49,29% de las pacientes analizadas poseía ecografía, en el 59,71% de dicho grupo se halló correlación. El 17,98% presentó lesiones precursoras o carcinoma de endometrio y en el 41,72% restante no se encontraron alteraciones histopatológicas coincidente con ecografía normal.

El motivo de consulta más frecuente fue metrorragia de la postmenopausia (33,6%), en dichas pacientes 20% presentó carcinoma de endometrio y 17,89% lesiones precursoras. Alteraciones del ciclo se hallaron en un 25,5%; el 18% de las mismas con lesión precursora y el 1,38% con carcinoma de endometrio. metrorragia de la perimenopausia en un 20,2%; 24,5% con lesión precursora. Alto riesgo endometrial en el 13,8%, con un 23% de lesiones precursoras.

Se halló carcinoma de endometrio en 20 (27%) pacientes con un rango de edad de 43 a 84 años y un promedio de 64,5 años, hiperplasia compleja con atipia promedio de 50,5 años, hiperplasia compleja sin atipia promedio 50,6 años, hiperplasia simple promedio 47,7 años.

Se hallaron 5 pacientes en tratamiento con Tamoxifeno (1,77%) de las cuales 2 presentaron metrorragia de la postmenopausia. A 4 pacientes se les realizó ecografía cuyo resultado fue anormal. Ningún caso resultó con anomalía histopatológica.

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

## FETO MUERTO. NUESTRA CASUISTICA

**Saeta C, Boccia J, Scabuzzo G, Vaccarino N (\*)**

**RESUMEN:** Se estudiaron en forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes que ingresaron en el servicio de tocoginecología del H.I.G.A. "Dr. José Penna" de Bahía Blanca en el período comprendido entre el 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1995.

En dicho período se realizaron 12.867 partos, de los cuales en 155 casos se observó muerte fetal, se

estudiaron 118, 37 se excluyen por imposibilidad de obtener datos fidedignos.

La tasa de mortalidad anual en 1992 fue de 15%, en 1993 fue de 12,7%, en 1994 fue de 10,2% y en 1995 fue de 12,4%, con una frecuencia global de 1/72 partos.

Los objetivos del presente estudio son: determinar incidencia de feto muerto en nuestra población y evaluar factores asociados como posibles causas desencadenantes.

Dentro de los factores asociados se destaca la incidencia de desprendimiento normoplacentario en un 22%, hipertensión y embarazo en un 15%, rotura prematura de membranas en un 10%, otras 16% y sin patología asociada en un 30%, coincidiendo este último dato con la bibliografía consultada. Se encontró un 7% de pacientes con antecedentes de tabaquismo, consideramos al mismo más de 10 cigarrillos al día. Se observó que el mayor porcentaje se presentó en mujeres menores de 30 años (69%) y que en un 73% correspondió a multíparas y un 27% a nulíparas. Las malformaciones fetales se detectaron en un 9%, siendo la anencefalia (4%) la de mayor frecuencia. Con respecto a la edad gestacional el 32% correspondieron a fetos muertos > 37 semanas, 31% entre 32-37 semanas, 18% entre las 27-32 semanas y el resto (19%) menores de 27 semanas. En cuanto a la vía de terminación del parto los resultados fueron 76% de partos vaginales, entre los mismos un 17% correspondieron a presentación podálica. Considerando que un óptimo control de embarazo consiste en 5 consultas perinatales, en nuestra población 87 casos (74%) no cumplieron con dicho requisito y 31 casos (26%) con buen control.

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

#### EMBARAZO GEMELAR. REVISION DE CASOS EN 5 AÑOS

**Griger F, Del Carpio G, Scenna M, Boughen J, Nardi H (\*).**

RESUMEN: Se realizó un análisis retrospectivo de los embarazos gemelares asistidos desde el 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1994, en el Servicio de Tocoginecología del H.I.G.A. "Dr. José Penna" de la ciudad de Bahía Blanca. Durante este período hubo: 141 embarazos gemelares (0,84%) que corresponde a una frecuencia de 1/118 gestaciones.

En el 34,07% de los casos el embarazo curso con

alguna patología, la más frecuente fue la amenaza de parto pretérmino (11,34%) al igual que en diferentes estudios en donde también se vio que es la patología asociada más frecuente pero con un porcentaje mayor (66%).

La medicación más utilizada fueron los agentes tocolíticos y los corticoides, los cuales también fueron empleados en forma profiláctica en la totalidad de los casos, con el objetivo de evitar el nacimiento prematuro y lograr madurez pulmonar fetal más tempranamente. El parto fue eutócico en el 55,3% y se realizó cesárea abdominal en el 40,42%, porcentaje menor que el observado en otros centros donde la terminación quirúrgica alcanzó aproximadamente un 75%. El 4,25% restante fueron nacimientos combinados; la situación transversa fue la principal causa para el nacimiento abdominal del 2º gemelar.

Teniendo en cuenta la relación peso-edad gestacional se observa discordancia en el 17,02% de los casos, entre el 1º y 2º gemelar, en concordancia con lo observado en la bibliografía internacional. Otras variables analizadas fueron: edad gestacional, apgar a los 5' y presentación, evaluando en cada caso discordancia entre 1º y 2º gemelar.

Con dicha revisión concluimos que no existieron diferencias con la literatura a excepción de patologías asociadas y forma de terminación del embarazo.

Este estudio se complementará con el análisis de estos recién nacidos con el objetivo de evaluar los resultados perinatales.

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

#### CATETERES PERCUTANEOS. NUESTRA EXPERIENCIA **Romaniello H (\*).**

RESUMEN: En un estudio prospectivo utilizando catéteres percutáneos (CP), hemos analizado el tiempo de duración, relacionándolo con el lugar de colocación, edad, peso, motivo de remoción, complicaciones y asociación de esta técnica con la infección.

Desde mayo de 1995 hasta junio de 1996, se colocaron en nuestro servicio 252 CP en sitios periféricos, desde los cuales se pudiera llegar a un posición central del catéter, previamente establecidos (miembro superior, miembro inferior, axila, yugular externa, vena temporal y vena femoral),

ingresando en el estudio todos aquellos recién nacidos (RN) cualquiera sea su edad, peso o patología al momento de la colocación: fueron excluidos 12 de ellos pues la duración del catéter era menor a las 24 hs.

La duración en promedio fue de 9,58 días (rango 2-49 días). El lugar más utilizado para la colocación fue el miembro superior (135/240) en el 56,2%. La duración según peso no tuvo una diferencia significativa, siendo de 10,7 días en los menores de 1.500 g y de 9,8 días en los mayores a ese peso. La causa más frecuente de remoción fue la electiva en el 37,7% de los catéteres, las complicaciones halladas fueron: flebitis en 5 pacientes, derrame pleural del líquido de hidratación parenteral en 3 casos y arritmias por malposición del CP en dos RN.

El 20% de los cultivos fueron positivos (27 hemocultivos y 21 punto de catéteres); siendo en 10 RN (4,1%) el hemocultivo y la punta de catéter coincidentes (Cándida Albicans, Staphilococcus coagulasa negativo y Enterococo).

Concluimos que los CP ofrecen una alternativa segura y económica. La duración es marcadamente mayor que las venoclisis habituales. el riesgo de contaminación es satisfactoriamente bajo, brindando a nuestros pacientes un mayor confort y menor estrés al disminuir los riesgos por venopunturas reiteradas, lo que hace de ésta, una técnica segura y confiable en neonatología.

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

#### EVALUACION DE 18 CASOS DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL

**Picorel J, Vives D, Gómez Giménez E (\*)**.

**RESUMEN:** El propósito de este trabajo fue averiguar, retrospectivamente, cuales eran las formas de presentación de los angiomiolipomas renales (AML) y en aquellos casos que fuera posible, efectuar un seguimiento para investigar cuál es la evolución natural de la enfermedad.

Se describe al AML como un hamartoma, conteniendo tejido graso, así como arterias con anomalías de las paredes, aneurismas y fibras musculares.

Arbitrariamente se tomó un lapso de tiempo, entre los años 1984 y 1996 y se evaluaron más de 27.000 ecografías abdominales efectuadas en el Hospital San Martín de La Plata y el Hospital Italiano de Bahía Blanca.

Se encontraron 18 imágenes compatibles con AML, siendo lesiones únicas en 17 pacientes y

múltiples en 1, que correspondía a una esclerosis tuberosa.

Ecográficamente, todas las lesiones, excepto una, fueron imágenes nodulares ecogénicas, prácticamente patognomónicas, con tamaños entre 7 y 59 mm. Una sola lesión fue hipocogénica, no habiendo sido diagnosticada como AML sino como un probable hipernefroma.

Tomográficamente, las lesiones tienen tres patrones: un 25% simulan lipomas por tener mayoría de componente 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 fueron operados: el de la esclerosis tuberosa por una hemorragia retroperitoneal y los otros tres por dudas diagnósticas de los médicos urólogos.

En otros cinco pacientes se pudo efectuar un control alejado de la lesión no habiendo encontrado crecimiento significativo. No tuvimos transformación sarcomatosa ni asociación con linfangiomatosis pulmonar.

(\*) Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.

#### SINDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY SERVELLE Y HEMIMEGALENCEFALIA. UNA INFRECUENTE ASOCIACION

**Vecchi C, Labrousse C, Deguer C, Bonino O, González Yebra A, D'Agostino M, Teplitz E, Garat C (\*)**.

**OBJETIVO:** Presentar una angiodisplasia inusual como el síndrome de Klippel-Trénaunay 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 a las 22 semanas.

Familia sin antecedentes de importancia ni tóxicos en el embarazo.

**HISTORIA ACTUAL:** Irina nace el 26 de abril de 1995 por cesárea, RNT PAEG 39 semanas 3500 con macrocefalia y hemangiomas superficiales y profundos, linfangiomas que comprometen fundamentalmente hemicuerpo derecho a predominio miembro inferior, con macropodia bilateral, la hidrocefalia es con dilatación importante de ventrículo lateral derecho, con desplazamiento hacia la izquierda de la línea media que requiere una 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 caloso. Por electroencefalograma se diagnostica un síndrome de Otahara, patología muy poco frecuente y de mal pronóstico.

**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:**

- Síndrome de Klippel-Trénaunay-Servelle
- Hemimegalencefalía con malformaciones cerebrales
- Síndrome de Otahara

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

(\*) *Servicio de Neurología del Hospital Municipal de Bahía Blanca, Servicio de Gineco y Obstetricia del Hospital Italiano Regional del Sur y Servicio de Neonatología del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.*

**FARINGITIS ESTREPTOCOCICAS:  
FRECUENCIA DE LOS DISTINTOS  
ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS.  
VALOR DEL METODO RAPIDO  
Vaylet S (\*).**

**RESUMEN:** El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de los estreptococos B-hemolíticos aislados de exudados de fauces.

De las muestras procesadas, 20% desarrollaron estreptococos B-hemolíticos en As de carnero incubadas a 35° C durante 24- 48 hs. en atmósfera enriquecida con CO<sub>2</sub>.

El estreptococo B-hemolítico del grupo A representó el 84%, 6,5% del grupo C y 4,4% del grupo G.

Se encontró relación estacional en el grupo A no así en los C y G.

(\*) *Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

**SINDROME UREMICO HEMOLITICO: DIEZ  
AÑOS DE EXPERIENCIA  
Alconcher L, Quintana D, Erb M,  
Buschiazzo R (\*).**

**RESUMEN:** En la Argentina el síndrome urémico hemolítico (SUH) es la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda de la infancia y su incidencia es cinco veces mayor a otros países.

**OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo fue

analizar la incidencia, gravedad clínica y mortalidad de esta enfermedad a través de los años.

**MATERIAL Y METODOS:** Se revisaron las historias clínicas de 177 niños con SUH asistidos en el servicio de pediatría del Hospital Penna de Bahía Blanca desde junio de 1985 a junio de 1996.

**RESULTADOS:** Del total de los pacientes sólo 36 (20%) vivían en Bahía Blanca. Se asistieron en promedio 17,8 pacientes por año, alcanzando a 23 en los años 1989 y 1995. Noventa fueron varones (50,8%) y la edad promedio fue 20 meses.

La enfermedad en la etapa aguda fue clasificada como leve (menos de siete días de anuria), moderada (de siete a catorce días de anuria) y grave (más de catorce días de anuria). En los años 1989 y 1993 el porcentaje de formas graves fue del 29 al 31% respectivamente, no superando el 10% en los demás años.

La tasa de letalidad en el año 1988 fue del 11,7%, descendiendo al 4,3% en el año 1995, sin registrarse ningún caso en el transcurso de 1996.

**CONCLUSION:** Las características epidemiológicas y clínicas de esta enfermedad ha permanecido estable en los últimos diez años, con una tendencia descendente en el porcentaje de formas graves y letalidad probablemente debido a un diagnóstico y tratamiento dialítico precoz.

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

**BACTERIURIA SIGNIFICATIVA:  
FRECUENCIA, ETIOLOGIA  
Y PERFIL DE RESISTENCIA  
Benvenuto M, Lameiro S, Vaylet S (\*).**

**RESUMEN:** El objetivo de esta comunicación es dar a conocer lo que sucede en el H.I.G.A. "Dr. José Penna" con las bacteriurias significativas en huéspedes normales (niños y adultos) sin anomalía estructural o funcional del tracto urinario, con respecto a:

- I) Frecuencia de las mismas
- II) Etiología y su frecuencia relativa
- III) Perfil de resistencia a los antimicrobianos

Con el propósito de orientar la antibioticoterapia empírica, en caso de ser necesaria, en la infección urinaria no complicada.

El cultivo de las orinas, evaluación y caracterizaciones de los microorganismos se realizó según los métodos estandarizados.

La prueba de susceptibilidad se realizó por el método de difusión con discos (Kirby & Bauer) y se

interpretó según las normas de la NCCLS.

I) Se obtuvo una frecuencia de bacteriuria significativa del 16%

II) Los agentes etiológicos más frecuentes fueron:

Escherichia coli (82%), Staphylococcus coagulasa negativos (7,5%), Proteus mirabilis (6%), Klebsiella spp (2,5%) y otros (2%).

III) Perfil de Resistencia:

**Escherichia coli**

Aminopenicilinas .....	60,7%
Cefalosporinas de 1º generación .....	8,0%
Trimetoprima/Sulfametoxazol .....	38,0%
Nitrofurantoina .....	3,0%
Norfloxacin (probada sólo en adultos) ....	0,8%
Cefixime (probada sólo en niños) .....	0,0%

**Staphylococcus coagulasa negativa**

Meticilino-R (Cefalosp. 1º gen.) .....	16,9%
Trimetoprima/Sulfametoxazol .....	20,7%
Nitrofurantoina .....	0,0%
Norfloxacin .....	13,0%

Para aconsejar tratamiento empírico, en las IU no complicadas, hay que orientarse por el perfil de resistencia de la E. coli (82%) y apoyarse también en el perfil del segundo agente etiológico (Staphylococcus spp coagulasa negativo 7,5% porcentaje global, pero que en la población de mujeres adultas jóvenes asciende al 20% aproximadamente). En consecuencia, los antimicrobianos que quedan, con

ANTIMICROBIANO	% DE RESISTENCIA	
	H.I.G. "Dr. José Penna"	
	E. coli SCN	
Nitrofurantoina	3,0%	0,0%
Norfoxacin (sólo en adultos)	0,8%	13,0%
Cefixima (sólo en niños y embarazadas)	0,0%	16,9%

(\*) Laboratorio de Microbiología del Hospital Interzonal

General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

**CARACTERIZACION DE UNA POBLACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA INTERNADOS EN EL SERVICIO DE CLINICA MEDICA EN LOS ULTIMOS 6 AÑOS**

**Sáez M, Silio J, Pintos H, De Feo F, Gabbarini C, Iannariello B, Kowalyszyn R, Casella P (\*)**

**OBJETIVOS:** Se realizó un trabajo retrospectivo, revisando las historias clínicas de todos los pacientes con insuficiencia renal crónica internados en nuestro servicio a fin de conocer sus características clínico-epidemiológicas.

**MATERIAL Y METODOS:** Se revisaron 90 historias clínicas de pacientes con insuficiencia renal crónica, siendo los criterios de inclusión: pacientes que requirieron hemodiálisis por más de un mes y hayan sido internados en el servicio de clínica médica.

**RESULTADOS:** Del total de historias clínicas revisadas se incluyeron 15 pacientes con una edad promedio de 50 años. En cuanto a la etiología se observó a la hipertensión en el 53,3% de los casos, en el 26,6% diabetes mellitus (75% tipo I y 25% tipo II). Se encontró una glomerulopatía como causa en el 6,6% de los casos. En el 13,6% se desconocía la etiología de la IRC. En cuanto a su evolución con el tratamiento dialítico y sus complicaciones, la mayoría de los pacientes presentaba episodios frecuentes de infección.

**CONCLUSION:** Nuestros pacientes han sufrido evolución y complicaciones semejantes a la descrita en la bibliografía.

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

**COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA. NUESTRA EXPERIENCIA**

**Aguirre A, Bykaluk J, Medori A, Ballarino R, Ceballos R, Palacios C, Finocchio J (\*)**

**RESUMEN:** Se presentan los primeros 61 casos de colecistectomía videolaparoscópica en nuestro servicio, a partir del 15 de junio de 1995.

La técnica operatoria es la francesa modificada.

Comparamos los diagnósticos ecográficos con los hallazgos intraoperatorios y la anatomía patoló-

gica.

Describimos las complicaciones inherentes al método tanto intra como postoperatorias.

Ecográficamente se diagnosticaron 50 casos de litiasis vesicular simple, 7 casos de colecistitis aguda, 3 casos de cálculo enclavado en bacinete y 1 caso de pólipo vesicular. En 7 casos se halló dilatación de la vía biliar extrahepática.

En el acto operatorio se constataron 48 casos de litiasis vesicular simple, 9 casos de colecistitis aguda, 3 casos de hidrops vesicular por cálculo enclavado en bacinete y 1 caso de pólipo vesicular.

Se convirtieron a cirugía convencional 3 casos (2 por hemorragia intraoperatoria, 1 por adherencias múltiples).

Posteriormente se constataron 3 casos de síndrome coledociano postoperatorio por cálculos residuales de coledoco que se solucionaron por vía endoscópica con papiloesfinterotomía.

Tuvimos 4 abscesos de región umbilical los cuales tuvieron buena evolución luego del drenaje.

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

#### LA APENDICITIS AGUDA

**Aguirre A, Bykaluk J, Medori A, Ballarino R, Ceballos R, Palacios C, Finocchio J (\*)**.

**RESUMEN:** Se presentan 51 casos de apendicectomía por apendicitis aguda en nuestro hospital a partir de mayo de 1995.

Comparamos y analizamos forma de presentación, vías de abordaje, hallazgo intraoperatorio y evolución postoperatoria. Se diferencian grupos etarios.

Como resultados vemos en nuestra experiencia, que clínicamente predominó el dolor en fosa ilíaca derecha 28 casos (54,9%), dolor abdominal generalizado en 7 casos (13,7%), tríada de Murphy en 9 casos (17,6%), vómitos en 6 casos (11,7%), temperatura diferencial en 6 casos (11,7%), defensa localizada en fosa ilíaca derecha en 8 casos (15,6%) y reacción peritoneal (Blumberg positivo) en 5 casos (9,8%).

El grupo etario predominante fue entre los diez y veinte años con 24 casos (47%).

Las vías de abordaje utilizadas fueron: Mc Burney en 29 casos (56,8%), Jalaguier en 10 casos (19,6%) y mediana infraumbilical en 1 caso (1,9%).

Los hallazgos operatorios fueron: apendicitis

flemonosa 23 casos (45%), gangrenosa 11 casos (21,5%), congestiva 7 casos (13,7%), perforada 6 casos (11,7%), plastron apendicular en 2 casos (3,9%), divertículo de Meckel en 1 caso (1,9%) y foliculo ovárico roto en 1 caso (1,9%).

Se halló peritonitis localizada en 2 casos (3,9%) y generalizada en 1 caso (1,9%).

En la evolución posoperatoria tuvimos absceso de pared en 16 casos (31,3%), fistula cecal en 1 caso (1,9%) y seroma de pared en 3 casos (5,8%).

Concluimos que la apendicitis aguda es una patología de frecuente presentación en la adolescencia, en la mayoría de los casos son de tipo flemonosa y si la consulta es temprana la vía de abordaje más utilizada es la de Mc Burney obteniéndose buenos resultados postoperatorios.

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

#### CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

**Kowalyszyn R, Casella P, Bernardis E, Lespi P, Blasco J, Giussani J, Iannariello B, Gabbarini C (\*)**

**OBJETIVOS:** Se presenta el caso de un paciente de 71 años con un carcinoma mucoepidermoide, neoplasia de presentación rara.

**MATERIAL Y METODOS:** Presentación en panel del cuadro clínico y estudios de anatomía patológica.

**RESULTADOS:** El carcinoma mucoepidermoide de pulmón es una neoplasia poco frecuente originada a nivel de las glándulas bronquiales y con dos formas de presentación: alto grado de malignidad y bajo grado de malignidad. Presentamos un paciente de 71 años de edad con antecedentes de tabaquismo (30 cigarrillos por día) y alcoholismo (4 litros de vino por día) que comienza 3 meses antes de su ingreso con astenia, hiporexia y dolores óseos. Setenta y dos horas antes de la internación agrega disfonía y disnea. Presenta mala evolución con síndrome mediastinal falleciendo 12 días después de su ingreso. Se realiza autopsia que informa carcinoma mucoepidermoide.

**CONCLUSION:** Se presenta este caso por la rareza del mismo.

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez

2401. Bahía Blanca.

ENCUESTA DE OPINION SOBRE  
ASPECTOS ETICOS EN LA ATENCION DE  
LOS PACIENTES CRITICOS

**Arroyo A, Bru J, Conte R, Cragno N,  
Estévez A, De Simón G, Dutari O,  
González M, Kowalyszyn R, Lelli S, Saint  
Pierre P, Sánchez N, San Martín B (\*)**

**OBJETIVO:** Conocer la opinión de médicos y enfermeras que trabajan con pacientes críticos sobre aspectos éticos relacionados con la atención de los mismos. Tales como el consentimiento informado, la limitación del esfuerzo terapéutico, capacidad decisoria del paciente y la conveniencia de la existencia de comités hospitalarios de bioética.

**MATERIAL Y METODOS:** Se confeccionó una encuesta anónima con 15 preguntas y 4 ítems relacionados con características demográficas de la persona encuestada. El cuestionario fue respondido en forma voluntaria por médicos y enfermeras de los siguientes servicios de nuestro hospital: clínica médica, clínica quirúrgica, neonatología, pediatría, terapia intensiva adultos, terapia intensiva pediátrica.

**RESULTADOS (Preliminares):** Fueron respondidas 120 encuestas, 70 enfermeras y 50 médicos. La distribución por sexo fue la siguiente: 88 mujeres y 32 hombres. La edad promedio para los médicos fue de  $36,3 \pm 8,1$  y  $35,3 \pm 4,3$  entre las enfermeras. El promedio en años de experiencia de trabajo en el servicio fue de  $7,8 \pm 3,8$  y  $7,1 \pm 4,5$  para médicos y enfermeras respectivamente.

En cuanto a la opinión sobre el consentimiento informado, la mayoría (cerca al 90%) son partidarios del mismo. Las respuestas sobre la limitación del esfuerzo terapéutico mostraron un alto porcentaje de partidarios de la existencia de "órdenes de no resucitación" y de establecer límites terapéuticos. Respecto a la información que se debe dar a la familia, en caso de que el paciente tuviese una incapacidad cierta o supuesta para comprender su situación, un porcentaje cercano al 100% cree necesario dar toda la información a la familia, pero el 70% considera que la opinión de la familia sustituye a la del paciente. Si consideramos situaciones de conflicto, el 42% de los médicos y el 48% de las enfermeras considera que quien tiene la última palabra en lo que se refiere a la toma de decisiones terapéuticas es el paciente. Por otro lado, un 40% de los médicos y un 30% de las enfermeras cree que es el médico quien tiene la última palabra en las deci-

siones terapéuticas, un porcentaje menor le atribuyó a la familia esta última palabra.

Por otra parte, un 95% de los encuestados cree conveniente o necesario la existencia de comités hospitalarios de bioética.

**CONCLUSION:** Los resultados de esta encuesta de opinión difícilmente puedan ser discutidos desde el punto de vista crítico ya que su objetivo se limitó a conocer la opinión de los profesionales de la salud en contacto con pacientes críticos.

(\*) *Comité de Bioética del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

EVIDENCIA EPIDEMIOLOGICA QUE  
SUSTENTA UN NUEVO MODELO PARA LA  
INTERNACION ENTRE LA ACTIVIDAD DEL  
CFTR Y EL CURSO DE LA ENFERMEDAD  
FIBROQUISTICA PULMONAR  
**Masciovecchio V, Comerón M,  
Drittanti, Lila; Vega, Manuel (\*)**

**RESUMEN:** De los datos obtenidos del registro latinoamericano de fibrosis quística (REGLAFQ), desde 1990 hasta 1993, se elaboraron para cada año, las respectivas curvas de "número de pacientes vs. edad", en ellas se observan diferentes poblaciones de pacientes fibroquísticos. Estas poblaciones se reconocen a partir de los puntos máximos en las curvas. En los años 1990 y 1991 se encuentran tres poblaciones: pI, pII y pIII, alrededor de los 5, 9 y 16 años respectivamente; en 1992 y 1993, la pII solapa a la pIII.

Se hicieron las siguientes observaciones: a) existe un corrimiento progresivo en las poblaciones pI y pII, pero no en la pIII, lo que lleva al solapamiento de la pII con la pIII en los dos últimos años; b) este corrimiento progresivo se da desde edades más tempranas en la vida de los pacientes a mayores edades; c) se obtiene un perfil prácticamente idéntico de las curvas cuando se superponen los cuatro años entre sí, lo que lleva a la conclusión de que la distribución del número de pacientes vs. edad es la misma desde 1990 a 1993, independizándose del calendario real de edades. En la literatura se han encontrado diferentes poblaciones de pacientes fibroquísticos caracterizadas por diferentes edades al diagnóstico y/o diferente expectativa de vida (Inglaterra, Canadá y Holanda). Estas poblaciones presentan diversos genotipos: a) homocigotas para la mutación DF508; b) heterocigotas para la mutación A455E; c) genotipo otra mutación/otra mutación y d) poblaciones sin genotipo determinado. Se

ha observado que, para cada genotipo, se encuentran diferentes poblaciones identificadas con los respectivos picos máximos en las curvas. A partir de las curvas de "número de pacientes vs. edad" de los datos obtenidos del REGLAFQ, Holanda, Canadá e Inglaterra, se calculó la probabilidad de muerte en 3 años; y con este dato se entró en la curva de "probabilidad de muerte vs. score NIH" para determinar el score NIH poblacional (score NIH (p)). Este score es una estimación de status clínico de cada población en sí misma. Se observó que las diferentes poblaciones corresponden a diferentes curvas de score NIH (p) y que esto muestra la variación del score NIH (p) con la edad. Para los datos del año 1990 (REGLAFQ) la gráfica "score NIH (p) vs. edad" muestra un score inicial alto, alrededor de los 2-3 años el score cae, lo que corresponde a un desmejoramiento de la pI, luego el score NIH (p) sube nuevamente por el enriquecimiento con pacientes de mayor edad que presentan un buen estado general, por lo tanto, un score NIH (p) alto; el score vuelve a caer, (a los 9 años aproximadamente), indicado que esta misma población ha sufrido una variación en su estado clínico y que comienza a decaer; lo mismo ocurre para la pIII. Esto mismo se observa en los gráficos de score NIH (p) de los años 1991, 1992 y 1993 (REGLAFQ) y de Holanda, Canadá e Inglaterra. Mediante el estudio de regresión de las velocidades de caída de todas las poblaciones estudiadas, se obtuvo una recta cuya pendiente es cero ( $p=0,01\%$ ) lo que nos permite concluir que existe un punto de no retorno en la patología que se manifiesta en los máximos de las curvas de "score NIH (p) vs. edad" independientemente de qué población se trate o de su genotipo, indicando que una vez que se llega a ese punto la enfermedad sigue una cinética propia. Esto lleva a la hipótesis de la existencia de dos estadios de la enfermedad: a) un estadio de enfermedad fibroquística real caracterizado por un funcionamiento anormal de la proteína CFTR, lo que lleva a un número de síntomas pulmonares moderados que aumentan la susceptibilidad del pulmón a la infección y colonización por ciertas cepas bacterianas; b) un segundo estadio de enfermedad pulmonar que progresa desde el punto de no retorno hasta la muerte. Este último estadio tiene una cinética autónoma que es independiente tanto de la actividad del CFTR como de los tratamientos y/o medidas preventivas que se hayan llevado a cabo en el estadio anterior. Esta hipótesis, sustentada en los datos obtenidos a través de nuestro trabajo, tiene dramáticas implicancias que conciernen a la terapéutica en

curso de la fibrosis quística, a su diagnóstico tanto clínico como genético y a la posibilidad de la aplicación futura de la terapia génica como prevención de la enfermedad.



(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Láinez 2401; Departamento de Biología y Bioquímica de la Universidad Nacional del Sur, San Juan 670. Bahía Blanca.

#### SINDROME UREMICO HEMOLITICO: COMPARACION CON LA FORMA POSTDIARREICA

**Alconcher L, Quintana D, Erb M,  
Buschiazzi R (\*)**

**RESUMEN:** El síndrome urémico hemolítico (S.U.H.) se caracteriza por la tríada clásica de insuficiencia renal aguda, plaquetopenia y anemia hemolítica microangiopática, frecuentemente acompañada de compromiso neurológico. Existen dos formas de S.U.H.: una típica (D +), precedida por diarrea generalmente mucosanguinolenta endémica en nuestro país y asociada a verotoxina y una forma atípica (D -), sin antecedentes de diarrea. La forma atípica ha sido descrita como un cuadro grave, con compromiso multisistémico, hipertensión severa, evolución a la insuficiencia renal crónica en mayor proporción que la forma típica, afectación neurológica semejante a la púrpura trombótica trombocitopénica, mayor número de recurrencias y ocasional ocurrencia familiar.

**OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo fue comparar la epidemiología, clínica, laboratorio y evolución del S.U.H. atípica con la variedad postdiarreica clásica.

**MATERIAL Y METODOS:** Se revisaron las historias clínicas de 21 pacientes con S.U.H. D - y 162 pacientes con S.U.H. D + asistidos en el Hospital Penna de Bahía Blanca en los últimos doce años.

**RESULTADOS:** De los 183 pacientes atendidos con S.U.H., 21 (11,5%) fueron atípicos y un caso fue recurrente. La edad de presentación y



signos prodrómicos (distintos de la diarrea) fueron similares en ambos grupos. No se encontraron diferencias significativas en el recuento de glóbulos blancos al ingreso, ni el valor máximo de urea y creatinina durante la internación ( $p > 0,05$ ). Sólo el hematocrito de admisión fue más bajo en la forma atípica ( $p > 0,028$ ), sin embargo no necesitaron mayor número de transfusiones. El promedio de días de anuria y diálisis fue semejante así como el porcentaje de pacientes con compromiso neurológico severo. Ocho pacientes (4,9%) fallecieron en el grupo D +, ninguno en el D -.

**CONCLUSION:** En contraste con los reportes de otras áreas geográficas, los pacientes con S.U.H. atípico en nuestro medio, tuvieron un curso semejante a los pacientes con S.U.H. típico.

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

#### DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO GENETICO MOLECULAR DE LA MUTACION AF508 APROPIADO. PROGRAMAS DE RASTREO NEONATAL PARA LA DETECCION DE AFECTADOS Y DE PORTADORES SANOS DE FIBROSIS QUISITCA

**Detarsio E (\*) (\*\*), Barrero P (\*\*\*) , Perussich S (\*\*\*\*), Ares C (\*\*\*\*), Drittanti L (\*) (\*\*\*\*) (\*\*\*\*\*) , Vega M (\*) (\*\*\*\*) (\*\*\*\*\*)**

**RESUMEN:** La fibrosis quística (FQ) es una patología hereditaria, autosómica, recesiva y mortal. Es la causa genética de muerte más frecuente en la raza caucásica: 1/2500 nacimientos vivos está afectado de FQ y 1 de cada 25 individuos es portador sano de la enfermedad. La edad media de los pacientes FQ en Latinoamérica es de 10-12 años de vida. Alrededor del 30% de los niños FQ diagnosticados muere antes del 3º año de vida. Se estima que sólo un 10% de los pacientes FQ está diagnosticado en Latinoamérica. La FQ es causada por mutaciones en el gen CF, más de 300 mutaciones distintas han sido descritas sobre el gen CF. La frecuencia relativa de las distintas mutaciones depende del origen étnico de la población; no obstante la mutación denominada DF508 es la más frecuente. En nuestro país, según datos propios y de la literatura, el 65-70% de los cromosomas de pacientes FQ contiene la mutación DF508.

Hemos comenzado un programa de rastreo neonatal preventivo de niños afectados FQ y de niños portadores sanos de FQ, con el objeto final de

detectar a través de los recién nacidos portadores sanos, a las parejas a riesgo de FQ. El rastreo se lleva a cabo mediante el análisis genético molecular del DNA del recién nacido, en busca de la mutación DF508; para: 1) optimizar el procesamiento de las muestras de sangre eliminando etapas intermedias; 2) permitir el análisis de un mayor número de muestras disminuyendo el tiempo, el personal y los recursos necesarios y 3) aproximarse a la automatización en el análisis de las muestras, hemos desarrollado un nuevo procedimiento para la detección de la mutación DF508. Este procedimiento permite: 1) el análisis por PCR in situ sobre el papel conteniendo la sangre, sin extracción previa del DNA genómico y dos etapas de análisis que permite la detección de los niños normales no afectados en la primera etapa, mientras que los afectados FQ y los portadores deben ser resueltos en la segunda etapa. Con este procedimiento, sólo un número reducido de muestras (aquellas de afectados FQ y de portadores sanos) prosigue a la segunda etapa de análisis. El nuevo procedimiento incluye una amplificación por PCR de la muestra incógnita en presencia de DNA normal-no DF508. Las moléculas heterodúplex se forman simultáneamente en el transcurso de la PCR y son detectadas en la primera electroforesis. De este modo sólo prosiguen a la segunda etapa aquellas muestras, minoritarias en número, provenientes de afectados y de portadores. Una ventaja adicional del nuevo procedimiento es que no es sensible a contaminación casual o sistemática con DNA no-mutante, ya que la amplificación por PCR se lleva a cabo en presencia de DNA no-mutante. La tabla siguiente compara un procedimiento estándar con el nuevo, desarrollado en términos de cantidad de sangre necesaria, tiempo insumido por el proceso completo, número de electroforesis necesarias por muestra, consistencia de los resultados en la detección de pacientes FQ y de portadores sanos FQ y susceptibilidad de contaminación con rastros de DNA del operador o del ambiente.

Se concluye que para el análisis genético molecular por PCR del gen CF (mutación DF508) dentro de un programa de rastreo poblacional o neonatal, el nuevo procedimiento es más apropiado por cuanto permite descartar en la primera etapa a las muestras no afectadas. El procedimiento desarrollado significa una importante optimización hacia la posibilidad del diagnóstico genético molecular de FQ rápido, masivo y de bajo costo, tanto para la detección de afectados como la de portadores sanos. El procedimiento desarrollado se ha implementado

	Procedimiento anterior N/FQ/P	Procedimiento desarrollado N/FQ/P**
<b>Cantidad de muestra:</b> Sangre seca en mm <sup>2</sup> de papel absorbente	5-10 mm <sup>2</sup>	0,5-1 mm <sup>2</sup>
<b>Procedimiento:</b> Lisis de eritrocitos	SI	NO
Extracción de DNA	SI	NO
Lisis en PCR	NO	SI
<b>1º Etapa:</b> Ampliación en PCR	SI	SI
Formación de heterodúplex de DNA en PCR	NO	SI
Electroforésis	SI	SI
<b>2º Etapa:</b> Formación de heterodúplex de DNA en PCR	SI/SI/NO	NO
Amplificación en PCR	NO	NO/SI/SI
Electroforésis	SI/SI/NO	NO/SI/SI

N: normal; FQ: afectado FQ (DF508/DF508); P: portador sano o FQ (DF508/otra mutación)

en el GTGH y se aplica actualmente para el rastreo neonatal de afectados FQ y de portadores sanos.

(\*) *Grupo de Terapia Génica Humana, Hospital Penna, Bahía Blanca*

(\*\*) *Facultad de Bioquímica y Farmacia de la Universidad Nacional de Rosario*

(\*\*\*) *Departamento de Control de Calidad, GTGH*

(\*\*\*\*) *Departamento de Aseguramiento de Calidad, GTGH*

(\*\*\*\*\*) *Departamento de Biología y Bioquímica de la Universidad Nacional del Sur*

(\*\*\*\*\*) *CONICET*

#### QUALITY ASSURANCE: DISEÑO Y APLICACION DE UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD EN EL PROGRAMA DE DIAGNOSTICO GENETICO MOLECULAR PARA RASTREO NEONATAL DE FIBROSIS QUISTICA

**Perussich S (\*), Ares C (\*), Vega M (\*\*)(\*\*\*)(\*\*\*\*)**

**RESUMEN:** El Departamento de Quality Assurance tiene por objetivos organizar y planificar todas las actividades que individualmente o en conjunto, influyen sobre la obtención de un producto (resultado de un análisis clínico, liberación de una droga al mercado, etc.).

Le incumbe la supervisión del cumplimiento

de las normas que establece para, finalmente, certificar calidad.

En la actualidad, toda empresa o laboratorio que pretenda una inserción o protagonismo internacional debe contar con un área abocada a desempeñar tareas de QA, contemplando normas nacionales e internacionales para prestar servicios de excelencia en el área laboratorial o de investigación. Entre sus responsabilidades está monitorear el ámbito del Departamento de Quality Control (QC), el cual funciona independientemente del área de QA y cuyas actividades tienen que ver con el desarrollo de tareas de control sobre los insumos (materiales, reactivos, stocks, etc.) y procesos para impedir la utilización de aquellos que presenten defectos o imperfecciones y generen posibles errores o riesgos.

Se consideran pilares fundamentales que hacen a un sistema de aseguramiento de calidad: documentación completa y constante en el tiempo, coherencia de los datos registrados, validación de los elementos participantes, acreditación del personal actuante y monitoreo permanente de las actividades que se desarrollan.

Como objetivos se persigue desarrollar una estrategia a fin de poder ofrecer un servicio de diagnóstico genético eficiente y confiable: 1) avalando los resultados emitidos así como los pro-

cedimientos llevados a cabo; 2) optimizar las técnicas empleadas, notando errores y disminuyendo los recursos involucrados; 3) evaluar todas aquellas situaciones que pudiendo pasar inadvertidas perjudiquen el normal desarrollo del Screening genético. Actualmente en base al procedimiento de diagnóstico genético molecular para Screening neonatal creado en el GTGH se organizó un Programa de aseguramiento de calidad que comprende los siguientes puntos:

A fin de acortar los tiempos del análisis genético, así como racionalizar los recursos humanos de equipamiento y reactivos, se lograron introducir modificaciones en el procedimiento original para extracción de DNA y PCR. La técnica anterior consistía en la detección de la mutación para el exon 10 del gen CF, sobre DNA genómico con posterior formación de heterodúplex entre muestras de DNA control no DF-508 y los productos de PCR, analizando luego los heterodúplex por electroforesis en gel de poliacrilamida. La actual comprende dos etapas detectándose los niños normales no afectados en la primera etapa, pasando sólo a la segunda los afectados de FQ y los portadores. Técnicamente se ha logrado la introducción de la PCR in situ sobre el papel evitando tener que extraer previamente el DNA. La nueva metodología de trabajo se puso en marcha luego de haber realizado un proceso de validación que incluyó el procesamiento de un número mayor de 40 muestras independientes, ajustar los límites de tamaño de muestra en papel secante requerida para el análisis en la detección de normal/normal, DF/DF, DF/normal; así como el número relativo de trozos de papel incógnita y control para cada ciclo de trabajo. Ex profeso también se realizaron test de contaminación cruzada y de partículas de saliva, polvo y cabellos, permitiendo crear criterios de toma de decisiones. Se establecieron SOPs (Standard Operation Procedures) de temas generales a particulares, comprendiendo los pasos involucrados desde el arribo de las muestras de sangre en papel hasta la emisión y posterior archivo de los resultados. Dichas normas se están aplicando y en función de optimizar las tareas se siguen elaborando SOPs tendientes a minimizar los riesgos que pudieran desembocar en perjuicios para la obtención de un diagnóstico correcto. Particularmente el manejo de material biológico requirió una minuciosa planificación, destinándose áreas exclusivas de trabajo así como de tratamiento de desechos, poniéndose especial cuidado en crear acceso restringido de personal a las mismas. Se ha puesto en práctica un sistema de

conservación de muestras y preservación de los resultados (resguardo de la identidad de los pacientes, resultado del diagnóstico y archivo de la documentación que se desprende de los procedimientos efectuados), pudiendo reconstruirse documental y temporariamente lo ocurrido con cada muestra sin importar el tiempo transcurrido desde su llegada al GTGH, periódicamente someter a training, validación y acreditación al personal profesional específico de cada área, evaluando en forma teórica-práctica sus conocimientos técnicos, de SOPs y de medidas de bioseguridad y seguridad. Certificar que las actividades que desarrolla QC son tales que sirven para corroborar los resultados obtenidos y emitidos por el área diagnóstico. Concluimos que si bien adoptar un sistema de aseguramiento de calidad diagnóstica demanda una inversión de tiempo, esfuerzo y sobre todo cambio de mentalidad de trabajo, la realidad diaria demuestra sus ventajas en bien del paciente y del Sistema de Salud.

(\* ) Departamento de Aseguramiento de Calidad

(\*\* ) Grupo de Terapia Génica Humana, GTGH

(\*\*\* ) Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia de la Universidad Nacional del Sur

(\*\*\*\* ) CONICET

## DIAGNOSTICO ECOGRAFICO PRENATAL DE LITIASIS BILIAR

**Picorel J, Vives D, Gómez Giménez E(\*)**

**OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo es presentar un caso poco frecuente de litiasis vesicular intraútero diagnosticada en un examen ecográfico de rutina en una paciente cursando la 38ª semana de embarazo.

**MATERIAL Y METODOS:** Se efectuó el estudio del feto en forma rutinaria utilizando en equipo Aloka SSD 1.200 y transductores de 3,5 y 5 mHz. Se tomaron las medidas habituales para determinar la morfometría (DBP, fémur, tibia, húmero, diámetro abdominal).

La edad gestacional al momento del diagnóstico según FUM era de 39 semanas y según la morfometría fetal de 38 semanas. La paciente era de raza blanca y no presentaba antecedentes de anemia hemolítica ni otros factores de riesgo predisponentes ni enfermedad biliar. Era el primer estudio realizado en el servicio. Siguiendo la rutina del examen se estudiaron la columna vertebral, los miembros, tronco y abdomen. El rastreo de éste, 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 ningún signo-sintomatología.

Se le realizó una ecografía de control al mes del nacimiento la cual resultó de características normales, no reconociéndose ninguna imagen ecogénica en la vesícula del niño, lo cual concuerda con la bibliografía.

**CONCLUSION:** No está claro aún si estos focos ecogénicos en la vesícula biliar fetal representan verdaderas litiasis. Imágenes ecogénicas de tipo focal pueden visualizarse en la vesícula biliar fetal con mayor incidencia en el III trimestre.

Si bien la mayoría de los casos descriptos informan la resolución espontánea, algunos pueden persistir por más tiempo. Lo importante es realizar su seguimiento y si se presentan o no sintomatología. (\*) *Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.*

#### CIRUGIA VIDEOARTROSCOPICA.

OCTUBRE 1991 - MAYO 1996.

#### NUESTRA EXPERIENCIA

**Farías H, Maccio C, Tulli A, García M (\*)**

**RESUMEN:** El presente trabajo tiene por finalidad la de demostrar la experiencia acumulada a lo largo de casi 5 años y también la de comunicar de las nuevas aplicaciones sobre otras articulaciones de esta técnica quirúrgica.

En un comienzo realizamos cirugías videoartroscópicas sobre la rodilla casi exclusivamente. En los últimos años aplicamos dicha técnica sobre otras 3 articulaciones: hombro, tobillo y codo, sobre indicaciones precisas.

La experiencia se basa sobre un total de 350 cirugías videoartroscópicas realizadas entre octubre de 1991 y mayo de 1996. Desglosando sobre las articulaciones en las que fueron realizadas tenemos: 330 sobre rodilla, 5 sobre hombro, 5 sobre tobillo y 5 sobre codo.

En rodilla comprendieron 233 artroscopías sobre patologías únicas y 107 sobre patologías múltiples. En el hombro 2 correspondieron a luxación recidivante, 2 a periartrosis crónica y 1 a síndrome de fricción acromial. En tobillo se realizaron 5 artrodesis y en el codo correspondieron 2 epicondilitis, 2 a cuerpos libres con artrosis y una bursitis gotosa.

Como conclusión después de casi 5 años seguimos manteniendo los principios de la artroscopía:

- 1) Disminución del tiempo de internación
- 2) Disminución del tiempo de exposición articular
- 3) Disminución de las infecciones (hasta casi con porcentaje cero)
- 4) Disminución de los tiempos de recuperación
- 5) Disminución de la morbilidad postquirúrgica

A lo que hoy debemos agregar la aplicación en otras articulaciones con la resolución de otras patologías.

(\*) *Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.*

#### ARRANCAMIENTO DE LA ESPINA TIBIAL

**Maccio C (\*)**

**RESUMEN:** El propósito de este trabajo es presentar los resultados obtenidos en el tratamiento del arrancamiento de la espina tibial tipo III (AET III). Desde agosto de 1992 a octubre de 1994 fueron tratados ocho pacientes con diagnóstico de AET III.

En todos los casos se usaron:

- 1) Material videoartroscópico y quirúrgico similar al de artroscopía de rodilla
- 2) Grampa de Lenny Johnson como material de osteosíntesis

3) Las vías de acceso fueron las convencionales

El promedio de edad de los pacientes fue de 18 años (M= 30/m=10). Con respecto al sexo seis pacientes fueron masculinos y dos femeninos. El seguimiento promedio fue de 5 y 1/2 meses (M=12/m=3). El criterio de alta aplicados en todos los casos fue:

- 1) Signos de consolidación de la fractura
- 2) Estabilidad articular (objetiva y subjetiva)

Los resultados obtenidos en esta experiencia fueron:

- 1) Siete casos de consolidación total
- 2) Un caso de desplazamiento del material de osteosíntesis
- 3) Seis casos de estabilidad objetiva y subjetiva
- 4) Dos casos de estabilidad objetiva e inestabilidad subjetiva leve

5) Un solo caso de infección superficial tomado en consideración los resultados obtenidos y comparándolos con los de otros métodos aplicados también con técnica videoartroscópica, concluimos que es una variable válida y eficaz para el tratamiento y resolución de esta patología.

(\*) *FUNDECID (Fundación para el desarrollo de la ciencia*

*en el deporte) del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.*

### CIRUGIA VIDEOARTROSCOPICA DE CODO. NUESTRA EXPERIENCIA Farías H, Maccio C, Tulli A, García M (\*)

**RESUMEN:** Es nuestra intención mostrar nuestra experiencia en la videoartroscopía de codo, una práctica poco difundida entre los cirujanos artroscopistas, pero que día a día se va tornando en un procedimiento de mayor utilidad y eficacia.

La videoartroscopía de codo, diagnóstica y quirúrgica, se halla bien definida actualmente y el interés de esta técnica quirúrgica continuará aumentando en un futuro, en tanto y en cuanto la eficacia en el diagnóstico y tratamiento de ciertos trastornos del codo y de las estructuras adyacentes, como por ejemplo las osteocondritis disecantes del cóndilo o los cuerpos libres intraarticulares, sigan dando buenos resultados a largo plazo, como hasta ahora evidenciados y el índice de complicaciones sea aceptablemente bajos, en particular en lo que respecta a las neurovasculares.

El equipo videoartroscópico utilizado en la realización de este trabajo es el mismo que se utiliza para las cirugías videoartroscópicas de rodilla. La experiencia abarca el tratamiento de 5 pacientes con diferentes patologías diagnosticadas. El seguimiento promedio fue de 5 meses. Los resultados fueron a nuestro criterio satisfactorios basándonos en los objetivos con respecto al dolor y a la movilidad articular pre y postquirúrgicas.

Tomando en cuenta las indicaciones precisas, los resultados obtenidos y con las escasas complicaciones concluimos que es una técnica noble y eficaz en el tratamiento de afecciones del codo.

*(\*) Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.*

### ENFERMEDAD DE OSGOOD SCHLATTER Olivetto S (\*)

**INTRODUCCION:** Fueron evaluados 50 pacientes con edades comprendidas entre los 8 y 15 años, con predominancia del sexo masculino en relación 4 a 1 y la mayoría afectos a las prácticas deportivas.

**CLINICA:** Dolor en cara anterior de la rodilla a veces de aparición espontánea o como consecuencia de una extensión forzada con tumefacción de tejidos blandos sobre la tuberosidad anterior de la tibia.

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:** Radiográficamente se observan alteraciones a nivel de la epifisis de la tuberosidad anterior tibia (TAT) desde condensación, hipertrofia o fragmentación debiendo realizar diagnósticos diferenciales con tumores e infecciones en tibia proximal.

**RESULTADOS:** Se dividieron en grupos según el tratamiento inicial instituido observando mayor porcentaje de recurrencias de la sintomatología en aquellos niños tratados sin movilización.

**CONCLUSIONES:** Los síntomas agudos ceden con 6 a 8 semanas de reposo, condición difícil de cumplir debido a la edad y actividad física que desarrolla la mayoría de los pacientes comprendidos en el estudio.

*(\*) Consultorio de Ortopedia y Traumatología Infantil. Soler 364. Bahía Blanca.*

### HALLUX VALGUS INFANTOJUVENIL Olivetto S, Sánchez S (\*)

**INTRODUCCION:** Se realiza la evaluación de 30 pacientes entre 1 mes y 18 años con hallux valgus tratados con terapia física activa y pasiva más el uso de férulas termoplásticas.

**MATERIAL Y METODOS:** Se siguió el criterio del Dr. Groiso según su trabajo publicado en el Journal of Bone clasificando a los pacientes en grupos con ángulos metatarsofalángicos menores de 15°, mayores de 15° y con hallux valgus aparente pero sin desviación radiológica.

**ETIOLOGIA:** Hay una predisposición congénita con fuerte patrón hereditario interviniendo además causas predisponentes como la laxitud ligamentaria, metatarso varo, pie plano.

**CLINICA:** Deformidad del pie a nivel de la articulación metatarsofalángica acompañada con dedos en martillo o juanetillo de sastrero, el hallux a su vez puede presentar rotación interna apreciable al observar la uña, dolor espontáneo o desencadenado con el roce del calzado.

**RESULTADOS:** La historia natural de dicha patología es una subluxación con alteraciones articulares cuyo tratamiento es la corrección quirúrgica, con la institución de un tratamiento basado en ejercicios activos y pasivos más la remodelación periódica de férula termoplástica. Los resultados fueron altamente satisfactorios observando mejoría estética en un 70% con disminución de ángulos radiográficos.

(\*) Consultorio de Ortopedia y Traumatología Infantil. Soler 364. Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

**ENFERMEDAD DEL DESARROLLO DE LA CADERA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 8 MESES**

**Olivetto S, Sánchez S (\*)**

**INTRODUCCION:** Ha sido modificado el nombre de luxación congénita de cadera ya que dicha patología puede producirse prenatal (en útero), perinatal (en el nacimiento) o postnatal. La fecha de inicio de la luxación es un elemento que modifica la intensidad de los cambios anatómicos, datos clínicos, ecográficos, radiográficos, tipo y curso de tratamiento.

**CLASIFICACION:** Se dividen en caderas luxadas, luxables, subluxables y displásicas.

**FACTORES DE RIESGO:** Se evaluaron recién nacidos hasta 8 meses de edad con historia familiar, examen clínico con cliks, Ortolani o Barlow positivos, limitación a la abducción patología asociada como torticolis congénita, pie varo equino supinado, pie talo vago, metatarso aducto, partos podálicos, embarazos gemelares.

**METODO:** Ecografía de tiempo real hasta los 6 meses con transductores de 7,5 mHz hasta los 3 meses y de 5 mHz en adelante, radiografía entre los 6 a 8 meses con aplicación de ecografía en los retardos madurativos.

**RESULTADOS:** De 1991 a la fecha fueron estudiados 3.000 pacientes de los cuales debiendo instituir tratamiento al 40% variando el mismo según tipo de patología presentada.

**CONCLUSIONES:** La edad del niño en el momento de la exploración es un factor importante que influye en la incidencia de enfermedad del desarrollo de la cadera.

(\*) Consultorio de Ortopedia y Traumatología Infantil. Soler 364. Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

**ESCOLIOSIS IDIOPATICA**

**Olivetto S (\*)**

**INTRODUCCION:** Conceptos en diagnóstico y tratamiento de dicha patología haciendo referencia a la historia natural de la misma, evaluación clínica, estudios complementarios y factores que influyen en el tratamiento.

**HISTORIA NATURAL:** El conocimiento del

desarrollo de la enfermedad, sin intervención médica es fundamental para poder tomar las decisiones más adecuadas en tiempo y forma.

El riesgo de progresión por edad según el esquema de Weinstein es:

Valor angular	10 a 12 años	13 a 15 años	16 años
Curvas -10° a 20°	25%	10%	0%
Curvas 20° a 30°	60%	40%	10%
Curvas 30° a 60°	90%	70%	30%

Curvas > 60°                      100%                      90%                      70%

**EXAMEN CLINICO:** Al evaluar un o una adolescente con escoliosis es común asumirla como idiopática pero el primer objetivo debe ser descartar etiologías conocidas.

**ESTUDIO COMPLEMENTARIOS:** Rx de frente y perfil con el paciente parado que tome desde 1° dorsal al sacro, indicación de bending test, espirometría, RMN.

**TRATAMIENTO:** Tipos de ortésis, indicación de tratamiento quirúrgico.

(\*) Consultorio de Ortopedia y Traumatología Infantil. Soler 364. Bahía Blanca.

**ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON FISURA-LABIO-ALVEOLO-PALATINA (FLAP)**

**Rafaela C, Coletti M, González M, Cragno L, Forgue F, Pasqui C, González S (\*)**

**OBJETIVO:** La unidad de fonoaudiología, como integrante de un grupo de trabajo interdisciplinario sobre malformaciones cráneo-máximo-faciales, realizó un estudio comparativo de dos muestras de pacientes del H.I.G.A. "Dr. José Penna" que presentaron fisura palatina primaria y secundaria, en dos períodos de 5 años: 1985-1990 y 1991-1996. Estableció el tiempo de la primera consulta en estas patologías complejas que requieren complejidad interdisciplinaria para su atención.

**DESCRIPCION:** Se realiza un análisis retrospectivo de niños asistidos en la unidad de

fonoaudiología que consultaron por fisuras labio-alvéolo-palatina (FLAP).

**MATERIAL Y METODOS:** La población total de pacientes con FLAP (157 pacientes) fue discriminada en dos períodos de 5 años. En adelante, la población 1 (P1), correspondiente al período 1985-1990 y la población 2 (P2), correspondiente al período 1991-1996.

Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, procedencia.

**RESULTADOS:** La población 1, con un total de 85 pacientes, 43 masculinos y 41 femeninos, 1 sexo ambiguo consultó el 42% antes del año. Del total de los casos el 42% fueron de Bahía Blanca, el 49% de la zona y el 8% de otras provincias.

La población 2, de 72 pacientes, 38 masculinos, 34 femeninos consultaron antes del año de vida: 66,6%. Del total de los casos el 36% fue de Bahía Blanca, el 50% de la zona y el 13,8% de otras provincias.

**CONCLUSION:** De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que en los últimos años ha aumentado significativamente la consulta temprana para la evaluación y orientación adecuada, como resultado de efectiva información, sobre la patología, tiempos oportunos de intervención en los distintos niveles y el trabajo interdisciplinario, que deberá optimizarse cada vez más en beneficio de los que padecen esta patología.

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

#### HIPOACUSIA GENETICA TARDIA: NEURO FIBROMATOSIS

**Meder O, Conte R, Coletti M, González M, Forgue F, Cragno L, Pasqui C, González S (\*)**

**RESUMEN:** Es una hipoacusia neurosensorial autosómica dominante, que se manifiesta después de nacer y se relaciona con alteraciones degenerativas del órgano sensorial, puede ser progresiva y se acompaña de otras anomalías (síndrome de neurofibromatosis). Interesa la forma clínica central o acústica, que tiene un comienzo en edad más avanzada, 2º ó 3º década con neurinomas acústicos bilaterales y otros tumores del SNC como meningiomas.

El objetivo es establecer el tipo de hipoacusia, la evolución de la misma, posibles complicaciones y pronóstico de acuerdo a las manifestaciones generales de la enfermedad.

Se realiza el seguimiento audiológico (con audiometría tonal, logaudiometría, impedanciometría y potenciales evocados) de 13 pacientes con sus respectivos grupos familiares, con diagnóstico clínico de Enfermedad de Von Recklinghausen. Son niños de 3 a 10 años, 6 varones, 7 mujeres. Sólo dos de ellos presentan hipoacusia neurosensorial moderada. Se registran antecedentes familiares de pérdidas auditivas en gran porcentaje de casos.

Concluimos destacando la importancia del seguimiento audiológico de estos pacientes, no por la frecuencia de la patología auditiva, sino por la gravedad de la misma que forma parte del deterioro general del paciente.

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

#### CARCINOMA BRONQUIOLO ALVEOLAR AVANZADO. UN HALLAZGO AUTOPSICO **Kowalyszyn R, Casella P, Alvarez G, Wisniowski C, Lespi P, Gregorini D, Bernardis E, Sáez M, Iannariello B (\*)**

El carcinoma bronquiolo alveolar es una neoplasia pulmonar no tan frecuente y en el caso que presentamos el diagnóstico fue realizado en la mesa de autopsias.

Se trata de un paciente de 60 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y etilismo de varios años de evolución. Fue derivado de la zona desorientado en tiempo y espacio, con episodios de agresividad, en muy mal estado general y adelgazado.

Presentaba gangrena seca en pie y pierna derecha con supuración fétida en talón del mismo pie, con compromiso vascular. Semiología respiratoria y Rx de tórax normales. Abdomen hepatomegalia. Se le realizó amputación del miembro inferior derecho (supracondilia) presentando buena evolución postquirúrgica. Días después a presenta muerte súbita. Al realizarse la autopsia se arriba al diagnóstico antes mencionado. De esta manera se resalta el valor de las autopsias.

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

#### TRATAMIENTO DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE. RESULTADOS EN NUESTRO HOSPITAL **Comezña C, Nebot G, Leiva E, Pagano J,**

### **Busciazzo R, Peluffo G (\*)**

RESUMEN: Con el objetivo de evaluar alcances y limitaciones en el tratamiento del ductus arterioso persistente (D.A.P.) se consideraron, en el período comprendido entre enero de 1990 a junio de 1996, catorce (14) pacientes, de los cuales dos fueron recién nacidos y los restantes de edad comprendida entre los cuatro meses y los seis años (media de 19 meses).

Se excluyeron aquellos niños que presentaron hipertensión pulmonar o ductus formando parte de otras malformaciones cardiovasculares. En todos los casos el diagnóstico se realizó por evaluación clínica, E.C.G., Rx de tórax, Ecografía bidimensional y Doppler; ningún paciente fue cateterizado. Como procedimiento quirúrgico se utilizó toracotomía lateral izquierda y doble ligadura del D.A.P. El postoperatorio inmediato se cumplió en la unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (U.T.I.P.). Como resultado de esta evaluación pudo determinarse que la sospecha clínica diagnóstica se corroboró mediante el uso de Doppler y fue confirmada en el acto quirúrgico en la totalidad de los pacientes. En dos lactantes fue desgarrada la arteria pulmonar, pero se reparó, la evolución postquirúrgica fue satisfactoria en 11 de 14 pacientes. Los restantes presentaron patología respiratoria de larga evolución (un paciente con bronco-displasia pulmonar y dos pacientes con atelectasias persistentes). El cierre del conducto fue exitoso en el 100% de los pacientes y por lo tanto, podemos afirmar que en nuestro hospital es posible el tratamiento de esta patología, siempre que los pacientes sean seleccionados. La evaluación clínica junto a los exámenes complementarios son suficientes para el diagnóstico sin necesidad de recurrir al cateterismo cardíaco. La sobrevida fue del 100% y la morbilidad estuvo relacionada con patología respiratoria crónica asociada o favorecida por la patología respiratoria crónica asociada o favorecida por la patología cardiovascular. La U.T.I.P. reúne condiciones suficientes para el tratamiento postquirúrgico de estos pacientes.

(\*) Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

### **CARDITIS REUMATICA**

#### **Comesaña C, Gabbarini J, Gauna L (\*)**

INTRODUCCION: La fiebre reumática es una complicación no supurativa de la infección por estreptococo B. hemolítico. Las manifestaciones

pueden aparecer dos o tres semanas después del contacto con este germen. El compromiso cardiovascular es el más significativo por las secuelas que produce, las restantes complicaciones curan sin consecuencias.

CASO CLINICO: Paciente de 8 años de edad que un mes previo al ingreso, presenta un cuadro respiratorio alto, medicado con cefalosporinas. La evolución no es satisfactoria, continúa con astenia y en los últimos 7 días evidencia mal estado general, palidez y dificultad respiratoria. En el examen físico se constata: insuficiencia cardíaca descompensada por lesión mitral y aórtica de grado severo.

Los reactantes de fase aguda y la ASTO se encuentran elevados. En la radiografía de tórax hay cardiomegalia y el intervalo PR del ECG está prolongado. Se interpreta el cuadro como carditis reumática y se inicia tratamiento: del compromiso hemodinámico con digital, vasodilatadores diuréticos, potasio, restricción hídrica y sódica. También se incorpora Prednisona como inmunosupresor, el que se reemplaza gradualmente por ácido acetil salicílico.

DISCUSION: La fiebre reumática es un evento infrecuente en nuestra región, es esperable que este episodio no sea aislado y, por lo tanto, hay que estar alerta tratando de encontrar el equilibrio en la valoración de esta patología, ya que muchos pacientes están en profilaxis secundaria sin haber padecido nunca F.R., y por contrapartida este sería un caso ejemplar donde el diagnóstico fue tardío. La prevención primaria es fundamental en estos pacientes. La carditis reumática como única manifestación mayor es poco habitual, de todas maneras, ante un niño mayor de 4 años con compromiso del estado general y afectación valvular mitral y/o aórtica, debe sospecharse la presencia de fiebre reumática y demostrar contacto previo con el estreptococo B. hemolítico.

(\*) Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

### **PRUEBAS ERGOMETRICAS**

#### **COMPUTADAS**

#### **Ramallo G, Carrasco G, Rocha S (\*)**

INTRODUCCION: La prueba de esfuerzo se incorporó a la práctica cardiológica como un recurso de fácil aplicación, metodología absolutamente sencilla, muy bajo índice de complicaciones, bajo costo operativo de cada test y por la confiabilidad de sus resultados.



**OBJETIVOS:** Presentar y evaluar retrospectivamente las características clínicas de la población estudiada, los resultados y la capacidad y seguridad del método, con un sistema computado recientemente incorporado a este servicio de cardiología.

**MATERIAL Y METODOS:** Las pruebas ergométricas fueron efectuadas con el protocolo para bicicleta ergométrica y normas metodológicas estandarizadas, por el Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular de la Sociedad Argentina de Cardiología. Se utilizó un cicloergométrico clásico marca Zuccolo y un sistema de registro y monitorización de tres canales continuos y simultáneos con capacidad de archivo instantáneo y permanente; además de Zoom y Caliper, cuyo Software es manufacturado por Zuccolo S.A.. En el período comprendido entre el 1º de octubre de 1995 y el 30 de mayo de 1996, se realizaron 200 pruebas ergométricas. La edad media fue de 59 años, entre un mínimo de 13 años y un máximo de 79 años; de sexo masculino fueron: n= 145 (72,5%) y del sexo femenino: n= 55 (27,5%) con una relación de 2,63/1.

**MOTIVO DE LA PRUEBA:** Diagnóstica fueron: n= 63 (31,5%), de las cuales por precordialgias n= 50 (79,6%) y asintomáticos n= 13 (20,63%). Evaluativa fueron: n= 137 (68,5%) de las cuales: coronarios: n= 64 (46,7%); valvulares: n= 16 (11,67%); marcapasos: n= 3 (2,18%); deportistas: n= 13 (9,48%); hipertensión arterial: n= 64 (46,7%); miocardiopatías: n= 10 (7,29%); arritmias: n= 15 (10,94%) de las cuales 10 fueron ventriculares y 5 supraventriculares; preexcitación: n= 5 (3,64%) y trastornos de conducción: n= 3 (2,18%).

**Tiempo de Ejercicio:** el tiempo medio fue de 11,43 minutos, con un mínimo de 3 minutos y un máximo de 21 minutos.

**Potencia de trabajo:** la potencia en Kgm (unidad de potencia) media fue de 600 Kgm por minuto con un mínimo de 150 Kgm y un máximo de 1200 Kgm. El Met (unidad metabólica) medio fue de 5,90 Mets con un mínimo de 3 Mets con un mínimo de 3 Mets y un máximo de 10,70 mets.

**Doble producto (ITTM):** (medida indirecta del consumo miocárdico de oxígeno), el doble producto medio fue de 27,791 con un mínimo de 8.060 y un máximo de 40.920.

**Causa de detención:** Por protocolo: n=88 (44%); agotamiento muscular: n= 87 (43,5%); caída paradójica de la tensión arterial (CPTA): n=3 (1,5%); hipertensión arterial: n= 11 (5,5%); insuficiencia cardíaca: n=2 (1%); claudicación intermitente: n= 1 (0,5%); disnea: n= 4 (2%); arritmias: n= 3 (1,5%).

**Respuesta anormal al ejercicio:** Por hipertensión arterial reactiva: n= 41 (20,5%); arritmias ventriculares: n= 42 (21%); arritmias supraventriculares: n=4 (2%); disnea: n= 15 (7,5%).

**Resultados para enfermedad arterial coronaria:** positiva por angor: n= 1 (0,5%); positiva por ST: n= 16 (8%); positiva por ambos: n= 12 (6%); negativa: n= 93 (43,5%); insuficiente: n= 76 (38%).

**Pacientes medicados:** n= 111 (55%).

**Complicaciones:** menores (mareos, lipotimias): n= 3 (1,5%); mayores (taquicardia ventricular, fibrilación ventricular): n= 1 (0,5%).

**Fallas del equipo:** n= 0.

**CONCLUSIONES:** Nuestra experiencia es comparable a otros centros hospitalarios especializados en cardiología. Con esta nueva metodología computada hemos logrado mayor eficiencia por menos fallas de equipo, mayor cantidad de pruebas por día de estudio y más precisión por la mejoría en la resolución de las imágenes obtenidas y registradas.

Así como en una población la prevalencia modifica el valor predictivo, en el caso aislado, la posibilidad de que un test de esfuerzo corresponda a un verdadero positivo, depende de la probabilidad previa del sujeto de poseer la enfermedad. Por lo tanto con los métodos probabilísticos actuales, la incorporación de las computadoras al equipamiento ergométrico y los test de esfuerzo sobre bases multifactoriales ha revalorizado a la PEG por su adecuada relación costo/eficacia.

(\* *Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.*

## **REPERCUSIONES FETO-MATERNAS ANTE LA OCURRENCIA DE LA MUERTE DE UN FETO EN EL EMBARAZO GEMELAR Nardi H, Del Carpio G, Griger F, Boughen J, Vaccarino N (\*)**

**INTRODUCCION Y OBJETIVOS:** La baja incidencia de esta situación patológica en el embarazo gemelar (2,45%) ante la muerte de uno de los fetos, plantea algunas controversias en el seguimiento obstétrico, los resultados maternos y perinatales y una evaluación del impacto en la esfera psíquica de la gestante y su medio socio-familiar.

**MATERIAL Y METODOS:** Revisión retrospectiva de 19.871 nacimientos en el período comprendido entre enero de 1990 y diciembre de 1995, donde se registró un total de 163 gestaciones gemelares (0,82%) y cuatro casos de una muerte fetal intraútero.

**RESULTADOS:**

Caso 1: mortinato de 26 semanas - placenta monocorial biamniótica - feto vivo polimalformado de 35 semanas - 1600 gr

Caso 2: mortinato 2º gemelar por prociencia de cordón. Biamniótico, bicorial - 1620 gr - 30 semanas. Feto vivo - 1600 gr - 30 semanas con antecedentes de RPM desde el 4º mes.

Caso 3: mortinato a las 28 semanas. Biamniótico, bicorial. Feto vivo a las 36 semanas, parto eutócico - 2600 gr.

Caso 4: Mortinato a las 17 semanas con maceración. Feto vivo 40 semanas, 3100 gr. Ninguno de los casos estuvo asociado a trastornos hematológicos.

**CONCLUSIONES:** La muerte de un feto en el embarazo gemelar ocurrida en la primera etapa antes de las 20 semanas, no modifica la sobrevida del feto, a partir del segundo trimestre, estarían incrementándose los riesgos de padecer patologías asociadas como parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, con un aumento de la morbilidad perinatal.

En lo referido a la repercusión psíquica en la gestante, existe una mayor adaptación a la situación, cuanto menor sea la edad gestacional.

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

**AREA INMUNOCOMPROMETIDOS**

**Lobos E, Ramos C, Durán C (\*)**

**INTRODUCCION:** El crecimiento de la población con enfermedades que derivan en una severa neutropenia, ha planteado la necesidad de unificar métodos y criterios asistenciales en enfermería.

**OBJETIVOS:** Lograr la optimización de la asistencia a dichos pacientes, utilizando los mecanismos necesarios y recursos disponibles para tal fin.

**METODOS:** Utilización de videos.

**CONCLUSIONES:** Mediante datos arribados a través del trabajo continuo, se ha logrado la jerarquización asistencial y se sigue trabajando para formar un grupo de trabajo, homogéneo y multidisciplinario con distintos equipos profesionales.

(\*) Enfermería de Patrulla del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna". Láinez 2401. Bahía Blanca.

**VIGILANCIA FETAL INTRAPARTO:**

**EFICACIA DE LOS METODOS**

**Castaldi J, Bertín M, Rodríguez G, Del**

**Carpio G, Griger F, Affranchino A, Andaluz M, Salthú M, Caligaria N, Ruggero M, (\*)**

**OBJETIVO:** Comparar la eficacia de los métodos de vigilancia fetal intraparto; amnioscopia, monitoreo fetal, estimulación vibroacústica, movidograma solos o combinados, para predecir salud fetal.

**MATERIAL Y METODOS:** Se evalúan todas las pacientes que ingresan cursando embarazo de 32 semanas o mayor, con inicio de trabajo de parto (dilatación hasta 4 cm), espontáneo o inducido, feto vivo en cefálica, bolsa íntegra. Se excluyen: embarazo gemelar, RPM franca; cesáreas programadas. Como medidas estadísticas se utilizan las recomendadas por el CLEP (Centro latinoamericano de Estudios Perinatales) para evaluar los procedimientos diagnósticos: especificidad, sensibilidad, valor predictivo de la prueba negativa (V.P.P.N.), valor predictivo de la prueba positiva (V.P.P.P.). Se evalúa a los recién nacidos por el score de Apgar, considerando afectados cuando la puntuación de Apgar es menor de 3 (o igual) al minuto.

Se presentan los resultados de las primeras 100 pacientes evaluadas.

**RESULTADOS:**

1) Para todos los métodos en conjunto: especificidad: 80%; V.P.P.N.: 93,8%; sensibilidad: 0%; V.P.P.P.: 0% (en esta muestra no hubo recién nacidos afectados).

2) Monitoreo fetal intraparto: especificidad: 98%; V.P.P.N.: 97%

3) Amnioscopia: especificidad: 87,3%; V.P.P.N.: 94,3%

4) Movidograma: especificidad: 85,2%; V.P.P.N.: 94,1%

**COMENTARIOS:** Se realizó cálculo de tamaño muestral, permitiendo un error del 4% y tomando distribución de probabilidad normal estándar: 385 pacientes.

Se realizará comparación de métodos diagnósticos entre sí, para establecer significación estadística, utilizando "prueba de hipótesis para comparar proporciones de dos poblaciones consideradas independientes".

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