



REVISTA de la Asociación Médica de Bahía Blanca

Volumen 15, número 4.
Diciembre de 2005.

Índice:

AUTORIDADES DE LA REVISTA

DIRECTOR
Dr. FERNANDO CARIGNANO

EDITOR ASOCIADO
Dra. MARTA ROQUE

COMITÉ DE REDACCIÓN:
Dr. ERNESTO ALDA
Dr. MARCELO GARCÍA DIÉGUEZ
Dr. JORGE PICOREL
Dr. GUSTAVO TRÓCCOLI

SECRETARIO DE PRENSA:
Dr. RICARDO MANA CANAVOSIO

DISEÑO GRÁFICO:
CECILIA B. STANZIANI
FERNANDO SUÁREZ

ISSN 1515-8659
Prop. Intelectual 253758

Esta publicación es propiedad de la
Asociación Médica de Bahía Blanca
Pers. Jurídica N° 243

Editorial	
Balance.	118
Picorel J.	
XIII Jornadas Científicas del Hospital Interzonal "Dr. José Penna" - 2005	120
Anatomía Patológica	121
Cirugía	123
Clínica Médica	124
Diagnóstico por Imágenes	127
Endocrinología	128
Hematología - Oncohematología - Hemoterapia	129
Infectología	132
Medicina Preventiva	134
Nefrología	139
Oncología	141
Traumatología	144
Pediatría	146
Unidad de Terapia Intensiva	150

Indice de Autores 153

BALANCE.

Otro año finaliza, y es saludable que debamos rendir cuentas de nuestra gestión, no solo ante la Comisión Directiva que nos honra con su apoyo, sino ante nuestros asociados, destinatarios últimos de nuestras actividades.

La Secretaría Científica de la Asociación Médica de Bahía Blanca (AMBB) tuvo un año fecundo en actividades, donde pudimos plasmar, en los hechos, la mayor parte de lo que nos habíamos propuesto en el plan director de principios de año.

1. Convenio marco con la Universidad Tecnológica Nacional (UTN)

Este convenio marco, se complementó con un puntual de Bibliotecas y logramos hacer varios cursos que describimos mas abajo. Encontramos en todos los miembros de dicha casa de estudios la mejor predisposición hacia la AMBB. Desde el Rector Liberto Ercoli, pasando por el Secretario de Extensión Universitaria, Eduardo Guillermo, el Coordinador de Proyectos de Extensión Universitaria Guillermo Reggiani, hasta cada uno de los docentes con quienes nos entrevistamos, nos brindaron su mejores ganas de hacer cosas en conjunto.

2. Cursos de Windows-Word Básico

Dado que colegas no podían acceder al mundo cibernético por no tener los conocimientos básicos de computación, se brindó este curso de aprendizaje básico de Windows y Word organizado por la UTN.

3. Cursos de Power Point

Igual que el anterior, fue pensado para poder armar charlas con esa herramienta imprescindible en las presentaciones médicas actuales en multimedios.

4. Taller sobre Internet en Medicina

Este año se dio el tercer Curso de búsquedas médicas en Internet. Como siempre, con la solvencia habitual del disertante, Marcelo García Dieguez, las cómodas instalaciones del Instituto Juan XXIII y la obsesiva dirección de Horacio Maturi.

5. Curso Aspectos Médicos para Periodistas.

Ante el requerimiento de ese sector, que tiene cada vez mayor manejo de cuestiones médicas sin el conocimiento adecuado, surgió este curso de 50 hs. cátedras destinado exclusivamente a periodistas. Bajo la dirección de Osvaldo Giorgetti se colmaron las instalaciones del salón de la biblioteca de la AMBB.

6. Curso sobre Como Diseñar, Comunicar y Publicar los Resultados de una Investigación Biomédica.

Nuestra Editora Asociada, Marta Roque, le dio forma a una vieja aspiración de dar un curso que cubriera las falencias que solemos tener en el diseño y formalización de un trabajo científico.

7. Taller debate sobre Planificación familiar y despenalización del aborto.

En el marco de homenajes en conmemoración de la muerte de Felipe Glasman, hicimos en conjunto con los Colegios de Médicos y de Abogados de Bahía Blanca una charla debate en el salón de la Biblioteca Rivadavia.

Contó con la presencia de Mario Sebastiani del H. Italiano de Buenos Aires, Fernando Vallone del Ministerio de Salud de la Nación, Felipe Clemenza en representación de la Curia, Andrés Bomse de la comunidad Israelita y María Victoria Famá, especialista en derecho de familia.

8. Taller debate sobre Eutanasia y Testamento vital.

Con las mismas motivaciones y organizadores que el anterior taller, Francisco Maglio, Diana Cohen y Stella Maris Biocca nos brindaron un excelente panorama bioético, filosófico y jurídico de como estamos y deberíamos estar.

9. Implementación del mailing de la Secretaría Científica

Desde nuestros comienzos aspiramos, desde la Secretaría Científica, para poder comunicarnos vía mail con nuestros asociados. Bajo la dirección de Eduardo Gómez Giménez se depuró el padrón y se sigue incrementando la base de datos para poder publicitar las actividades que hacemos y que, somos concientes, muchas veces no podemos llegar a todos como quisiéramos. Estamos implementando diferentes maneras de tener direcciones electrónicas actualizadas de nuestros asociados.

10. Realización del reglamento para el Congreso de Ciencias de la Salud 2007.

Quienes participamos del primigenio Congreso de la Salud del año 2000, estamos seguros de que es posible realizar una actividad conjunta. En base a un trípode constituidos por el Programa de Ciencias de la Salud (PROCISA), las Sociedades Científicas Médicas y el resto del Equipo de Salud, hicimos un reglamento tendiente a tener reglas claras sobre la organización, funcionamiento y permanencia en el tiempo. Este reglamento tuvo permanentes revisiones y fue consensuado por todos los participantes. A principios del año 2006 se nombrarán las autoridades y se tendrá un año y medio por delante para organizar el congreso del 2007.

11. Reconversión Biblioteca.

Merced al empuje puesto por Joaquín Barrio, estamos llevando a cabo un continuo seguimiento de las publicaciones que se suscriben, el impacto que tiene en la comunidad médica y perseguimos el poder estar comunicados on line con diferentes servidores. Este último ítem nos ha confrontado con realidades donde la burocracia se sigue imponiendo contra las ganas de hacer, pero vamos a seguir peleando por conseguirlo.

12. Suplemento de Salud del diario La Nueva Provincia.

Con la implementación de Graciela Jouffré, conversamos con el responsable del área, David Roldán, y quedamos en tener un espacio donde publicar artículos científicos de calidad, adaptados para el consumo masivo, y que refleje la actividad médica local.

Durante todo el año la AMBB apoyó con pasajes y difusión a múltiples actividades de sociedades científicas y sirvió, además, como recopilador del calendario de eventos científicos para evitar superposiciones de fechas con el consiguiente despilfarro de esfuerzos y dinero.

Probablemente nos estemos olvidando de alguna actividad realizada, reflejamos sólo lo más relevante.

Como siempre, la Secretaria Científica se nutre de la colaboración imprescindible de sus integrantes habituales: Joaquín Barrio, Norma Basabe, Oscar Casalini, Osvaldo Giorgetti, Eduardo Gómez Giménez, Graciela Jouffrée, Horacio Maturi, Graciela Rodríguez y Marta Roque.

A lo largo del año compartimos, además de toneladas de sándwiches, debates enriquecedores, y alguna que otra frustración, pero que se plasmaron, como dije, en todo lo que hicimos durante el año.

Una mención especial le debemos a nuestras secretarias, Carolina, Cristina y Pinky, que realizan el soporte logístico fundamental en el funcionamiento de todo lo que expusimos aquí.

Las actividades por hacer en el próximo año ya están en proceso, delineadas en su mayor parte y presentadas en la última reunión de la SC.

Seguramente, en el descanso de las vacaciones, debajo de alguna sombrilla, alguna idea mejor se nos ocurrirá.

Jorge Picorel
Secretario Científico de la AMBB.

XIII JORNADAS CIENTIFICAS DEL HOSPITAL INTERZONAL Dr. JOSÉ PENNA «Dr. Juan Carlos Plunkett»

Comité de Docencia e Investigación:

Dr. Luis Ángel Morán
Dr. Jorge Alejandro Blasco
Dra. Rosa Ana De Fino
Sr. Osvaldo López
Lic. Mónica Comi
Lic. Marisa Zapata
Secretaria administrativa: Lic. Sabrina Diez

Comité de Investigación:

Dr. Juan Eduardo Pérez
Dr. Carlos Oscar Wisniowski
Dr. Germán Ramallo
Dra. Laura Giordano
Dr. Roberto Keegan

Presidente de las XII Jornadas Científicas:

Dr. Roberto Buschiazzo

Secretaria de las XIII Jornadas Científicas

Dra. Susana Garbiero

Auspicios:

UNS, UBA, UNLP, Región Sanitaria I,
Municipalidad de Bahía Blanca,
Colegio de Médicos distrito X,
Colegio de Odontólogos Distrito X.
Colegio de Kinesiólogos distrito X,
Colegio de Psicólogos Distrito I,
Centro de Analistas Clínicos Distrito X,
PRO.CI.SA,
Sociedad de Medicina Interna Bahía Blanca,
Sociedad Argentina de Pediatría.
Comité de Docencia de los Hospitales: Municipal Leónidas Lucero, Italiano Regional
del Sur, Militar, Naval Puerto Belgrano y «Dr. Felipe Glasman»

Lugar de realización:

Hospital Penna Bahía Blanca- Salón de Actos Dr. Edgard Marcilese
Desde el 17 al 21 de octubre de 2005

HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON COMPROMISO PULMONAR PRIMARIO.

Spengler EA, Gómez LC, Lespi PJ.

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

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans forma parte de un grupo heterogéneo de enfermedades crónicas benignas y malignas que se presenta en niños y adultos jóvenes, caracterizada por una proliferación de histiocitos. **Objetivo:** Presentar dos casos de histiocitosis de células de Langerhans con compromiso pulmonar primario.

Materiales y Métodos: **Caso 1:** Varón de 6 años con disnea y dolor en puntada de costado. La TC evidenció múltiples formaciones nodulares y quistes en ambos pulmones. Se colocó un tubo de drenaje y se realizó una biopsia pulmonar. Los hallazgos microscópicos revelaron una proliferación de células histiocíticas, con abundantes eosinófilos y leucocitos polimorfonucleares neutrófilos. La inmunomarcación mostró positividad nuclear y citoplasmática para S-100 en las células histiocíticas. **Caso 2:** Varón de 37 años, fumador, con disnea de un mes y medio de evolución. La TC mostró un patrón intersticial bilateral compuesto por nodulillos y quistes. Se realizó la toracotomía con biopsia. El parénquima pulmonar evidenció granulomas de células de Langerhans e infiltrados inflamatorios linfoplasmocitarios, de eosinófilos e histiocitos. La inmunomarcación reveló positividad nuclear y citoplasmática para proteína S-100. **Conclusiones:** La histiocitosis de células de Langerhans se divide en localizada y generalizada. En los casos pulmonares la presentación clínica más frecuente incluye tos, disnea o neumotórax espontáneo. Las lesiones suelen ser bilaterales y predominan en los campos pulmonares medios y superiores. En la radiografía pueden apreciarse nódulos y quistes. El perfil inmunohistoquímico de las células de Langerhans revela positividad para S-100, CD68 y CD1a. Presentamos dos casos de histiocitosis de células de Langerhans de compromiso pulmonar primario, por ser una forma infrecuente cuyos hallazgos clínicos y radiológicos suelen ser inespecíficos y plantean la necesidad de confirmar el diagnóstico a través del estudio histológico e inmunohistoquímico.

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL BAZO. CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA.

Buitrago C, Gómez LC, Lespi PJ.

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

Introducción: La causa más frecuente de esplenectomía suele ser la de origen traumático, producto de accidentes de tránsito, deportes de contacto, y lesiones por armas blancas o de fuego. En ciertas enfermedades hematológicas, la

esplenectomía se indica como método de diagnóstico, estadificación, y también, terapéutico. Otras causas de exéresis del bazo son los infartos esplénicos, los abscesos, y la infiltración por neoplasias gastrointestinales. **Objetivos:** Determinar las causas de esplenectomía en nuestro hospital y establecer una correlación entre los diagnósticos clínicos y los hallazgos patológicos. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 79 piezas de esplenectomía durante el período comprendido entre enero de 1994 y enero de 2005. Los datos clínicos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas y del archivo de anatomía patológica. De cada pieza fueron tomados entre 3 y 7 bloques. Estos se fijaron en formol al 10%, se incluyeron en parafina y se colorearon con H&E. **Resultados:** De los 79 pacientes esplenectomizados, 51 fueron hombres y 28 mujeres. El rango etario estuvo comprendido entre 3 y 79 años (media 41 años). Cincuenta y dos casos fueron catalogados como de causa traumática y 27 correspondieron a otras etiologías. El examen macroscópico, evidenció en 25 de los casos ruptura capsular y en 21 hemorragias parenquimatosas. En las de origen no traumático, se hallaron en 5 casos abscesos, en 11 casos enfermedades hematológicas, en 4 casos infartos múltiples, en 3 casos hiperplasia linfocitaria y 10 casos no presentaron alteraciones histopatológicas específicas. **Conclusiones:** En nuestra serie observamos un 65% de esplenectomías de origen traumático. Arden y col. revisaron 63 casos encontrando que la mayoría correspondieron a accidentes de tránsito, al igual que Wahlby y col. que investigaron los casos de esplenectomía realizados en el período 1968-1977. En nuestro estudio, en coincidencia con otros autores, la etiología traumática es la causa más frecuente de esplenectomía. Evidenciamos ruptura capsular en 25 piezas lo cual se correlacionó con el diagnóstico clínico presuntivo. Encontramos un 34% de esplenectomías de origen no traumático, en las cuales hubo una buena correlación entre el diagnóstico presuntivo y los hallazgos patológicos. Sólo en 4 casos hallamos discordancia diagnóstica, a causa de la presencia de infartos múltiples e hiperplasia linfocitaria. **Conclusiones:** La mayoría de las esplenectomías realizadas en nuestro hospital fueron por sospecha de ruptura capsular y hemorragias parenquimatosas secundarias a traumatismos. Le siguieron, en orden de frecuencia, las enfermedades hematológicas, los infartos y los procesos infecciosos. Hubo una buena correlación entre los diagnósticos presuntivos y los hallazgos patológicos. El resultado obtenido fue el esperado considerando las características de nuestra institución: un hospital interzonal de derivación que atiende la mayoría de los casos de traumatismo.

CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE VESICULA BILIAR.

Salvarezza DMC, Lespi PJ.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Interzonal «Dr.

José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El carcinoma adenoescamoso de vesícula biliar es un tumor raro que representa el 1.4 al 5 % de todas las neoplasias de vesícula biliar. Está constituido por dos componentes que varía en proporción: uno glandular y otro escamoso. **Objetivo:** Presentar un caso de carcinoma adenoescamoso de vesícula biliar y discutir los aspectos histopatológicos y las conductas terapéuticas. **Caso Clínico:** Mujer de 91 años con dolor en hipocondrio derecho de 5 días de evolución e ictericia marcada. Presentaba también acolia, coluria y vómitos ocasionales. La ecografía abdominal informó escasa cantidad de bilis y múltiples litiasis. La colangiografía retrógrada endoscópica reveló dilatación intra y extra hepática de la vía biliar. Se hizo el diagnóstico de síndrome coledociano litiasico y se llevó a cabo la colecistectomía convencional. Los hallazgos microscópicos revelaron una proliferación de glándulas atípicas y una proliferación de células escamosas con moderada queratinización y formación de perlas córneas. La inmunomarcación mostró positividad para K 20 en el componente escamoso, y para CEA y EMA en el glandular. **Conclusiones:** El carcinoma adenoescamoso de vesícula biliar es más frecuente en mujeres con una edad media de 60 años. El diagnóstico se realiza en estadios avanzados de la enfermedad, por lo que el tratamiento generalmente es paliativo. La cirugía radical esta justificada si la resección es potencialmente curativa como ocurre cuando no hay metástasis ganglionares, invasión linfática, ni tumor residual. El potencial metastático del carcinoma adenoescamoso es mucho menor comparado con el adenocarcinoma convencional, ya que el compromiso de otros órganos ocurre por extensión directa con escasas metástasis a ganglios linfáticos. Presentamos este caso de carcinoma adenoescamoso de vesícula biliar por su baja frecuencia. A pesar de los pocos efectos benéficos de la resección radical, esta práctica parece el tratamiento de elección evidenciando una mejor supervivencia a largo plazo. En nuestro caso, debido a la edad de la paciente y al estadio avanzado de la enfermedad, se realizó únicamente la colecistectomía.

FRACTURA DEL ARCO ANTERIOR DEL ATLAS.

Tróccoli G, D'Annuncio E, Zemina E, Salman G.

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

Objetivo: Reportar un caso de fractura del arco anterior del atlas en una niña y discutir las dificultades diagnósticas que presenta este tipo de fractura. **Caso Clínico:** Una niña de 6 años ingresó con dolor cervical y tortícolis después de una caída de espalda. Las radiografías de columna cervical fueron normales. La tomografía computada de las primeras vértebras cervicales mostró fractura del arco anterior del atlas. Se trató con inmovilización con collar cervical y se la instruyó para reducir las actividades físicas. Una nueva tomografía 3 meses después mostró consolidación de la lesión. **Conclusión:** La fractura del arco anterior del atlas puede permanecer oculta en las radiografías simples de columna cervical, siendo imprescindible recurrir a otros exámenes, especialmente tomografía computada, cuando la sospecha de esta lesión es firme.

ABSCESES CERVICALES PROFUNDOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO.

Carignano F, Marchetti J, Macias J, Donato F.

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

Introducción: Los abscesos cervicales profundos son una patología relativamente infrecuente cuyo origen surge principalmente como consecuencia de infecciones menores tratadas insuficiente o tardíamente. **Objetivos:** Exponer las características etiopatogénicas, demográficas y terapéuticas de los casos ingresados en los últimos años en un hospital público interzonal. **Materiales y Métodos:** Entre octubre del año 1998 y febrero del año 2004 fueron admitidos en nuestro hospital 38 casos de abscesos cervicales profundos, 18 mujeres (47%) y 20 varones (53%), de edades comprendidas entre 16 y 77 años, se realizó una revisión de historias clínicas donde se recopilaron las variables: edad, sexo, días de evolución al ingreso, antibioticoterapia previa, cuadro clínico, tratamiento, cultivo, días de internación y complicaciones. Se incluyó a todos los pacientes internados en la sala de cirugía y en el servicio de emergencias durante el período establecido. **Resultados:** Se encuentra en ambos sexos una asimetría en la distribución etaria con un brusco aumento en la incidencia hacia la tercera década y un progresivo descenso hacia la vejez (Media: 32 años, Mediana: 27 años). La causa más frecuente fue la infección odontógena (86%) y el germen más frecuentemente aislado el *Streptococcus viridans* (4/6 cultivos realizados). El cuadro clínico se compone de Tumor (100%), Dolor (76%), Fiebre (66%), Trismus (55%), Odontalgia (24%) y SRG (18%). La mayoría requirió tratamiento quirúrgico (57%). En el análisis

de los días de evolución al ingreso/internación se encuentra una agrupación homogénea para etiologías más frecuentes y una dispersión marginal para etiologías infrecuentes y casos complicados. Se registra un caso de mediastinitis como complicación grave. **Conclusiones:** La mayor parte de los abscesos cervicales profundos ingresan al hospital previamente tratados en forma empírica durante varios días requiriendo resolución quirúrgica.

EVOLUCION ALEJADA DE LOS PACIENTES OPERADOS POR FISURA ANAL CON ESFINTEROTOMIA LATERAL INTERNA.

Laura E.

Hospital Regional Español. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Objetivo: Presentar los resultados a largo plazo de la esfinterotomía lateral interna como tratamiento de las fisuras anales. **Materiales y Métodos:** Se presentan 149 pacientes operados entre el 1° de Enero de 1993 y el 31 de Diciembre de 2002 de la práctica privada del autor, en la ciudad de Bahía Blanca. La serie incluye 85 mujeres (57%) y 64 varones (43%) con edad promedio de 46,5 años. Los procedimientos utilizados con mayor frecuencia fueron: en 45 pacientes la esfinterotomía lateral interna como único procedimiento (30.2%), en 53 (35.6%) se asoció la hemorroidectomía y en 19 (12.8%) se asoció además una o más ligaduras elásticas. **Resultados:** Presentaron algún tipo de complicación postoperatoria 12 de los 149 pacientes (8.1%): 1 dolor persistente (0.7%) y 11 supuración (7.4%), de los cuales 6 cedieron con tratamiento antibiótico y 5 requirieron drenaje. Con respecto a la evolución alejada de los 130 que se pudieron contactar, 117 están asintomáticos (90%) y 13 presentan algún tipo de síntoma (10%). Dos pacientes (1.5%) presentaban incontinencia a los gases esporádica y en los esfuerzos; un paciente (0.8%) ensuciamiento esporádico; 2 dolor (1.5%); 4 sangrado esporádico (3.1%); 2 prurito (1.5%); 1 tenesmo (0.8%) y 1 molestias indefinidas (0.8%). De los 13 pacientes sintomáticos, 11 refirieron sentirse mejor que antes de operarse y 2 igual que antes. Cuatro de ellos, habían presentado complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** La evolución alejada de los pacientes operados en esta serie con esfinterotomía lateral interna confirma la efectividad a largo plazo y sin morbilidad significativa de la operación efectuada.

AORTITIS SIFILÍTICA

Moya C, Spadaro M, Domínguez A, Andre S, Wisniowski C. Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La sífilis es una enfermedad compleja en constante aumento causada por el *Treponema Pallidum*. En la sífilis cardiovascular la lesión anatomopatológica es la endarteritis obliterante generalizada que afecta los vasos de la Aorta lo cual produce necrosis de la media con destrucción del tejido elástico y posterior aortitis con formación de un aneurisma sacular. Cerca de un 10% de los casos no tratados presentan aortitis sífilítica sintomática pero puede demostrarse hasta en un 83% de casos de neurosífilis.

Objetivo: Presentación de un caso de sífilis causada por el *Treponema Pallidum*. **Materiales y Métodos:** Paciente internado el servicio de clínica médica, se realizó búsqueda bibliográfica en Pubmed encontrándose 26 artículos de los cuales se emplearon 4. **Caso clínico:** Hombre de 52 años que ingresa por Síndrome Febril, constatándose al examen físico un soplo sistodiastólico 4/6 en foco Aórtico con irradiación a cuello, los exámenes complementarios mostraron: Hematocrito: 35%; Leucocitos: 7800/mm³; Eritrosedimentación: 108 mm; VDRL: +; FTA-ABS: +; VDRL: + en LCR; ECG: FC 100x, eje -45, Sokoloff: +, hemibloqueo anterior izquierdo; Radiografía de tórax: agrandamiento del primer arco derecho; Tomografía de Tórax: aneurisma aórtico de 9 cm de diámetro; Ecocardiograma transesofágico: dilatación aneurismática que se extiende desde la porción suprasinusal hasta los 28 cm de la arcada dentaria con diámetro máximo de 90 mm (forma sacular), déficit de coaptación de la válvula Aórtica con insuficiencia moderada a severa que genera repercusión sobre ventrículo izquierdo; interpretándose el cuadro como Sífilis terciaria, con neurosífilis asintomática y aortitis sífilítica. **Conclusiones:** Se reporta este caso por ser la aortitis sífilítica una manifestación rara y tardía de la sífilis en la actualidad. En el mundo hay 12 millones de casos nuevos de sífilis por año, de los cuales el 90 % se presentan en países en desarrollo. La Aortitis sífilítica debe sospecharse toda vez que se observen en la Radiografía de Tórax calcificaciones lineales en la Aorta Descendente. Los aneurismas sífilíticos rara vez sufren disección.

ENFERMEDAD DE GAUCHER.

Domínguez A, Moya C, André S, Wisniowski C. Sala de Clínica Médica del Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La enfermedad de Gaucher es la enfermedad hereditaria de depósito más frecuente; se transmite en forma autosómica recesiva. Caracterizada por un déficit de la enzima betaglucosidasa ácida, lo que provoca un acumulo

de esfingolípidos en el interior de los lisosomas del sistema reticuloendotelial. Es una enfermedad multisistémica que se expresa principalmente con hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia y afectación ósea. El diagnóstico se sospecha mediante examen histológico de médula ósea en donde se evidencian elementos anormales y células de Gaucher y se certifica dosificando la actividad de la betaglucosidasa ácida en una muestra de leucocitos sanguíneos. El tratamiento se realiza con la infusión periódica de la enzima funcionalmente activa. **Objetivo:** presentación de un caso. **Materiales y Métodos:** Paciente internado en el Servicio de Clínica Médica. Se realizó búsqueda en Pubmed, se encontraron 45 artículos de los que se utilizaron 6.

Caso clínico: Mujer de 20 años que se interna por presentar disminución de la fuerza en el miembro inferior derecho, surgiendo de la anamnesis el antecedente de brucelosis (año 2004), y de plaquetopenia detectada un mes antes de la internación en ocasión de donar sangre. Al ingreso se constata disminución de la fuerza, hipoestesia con reflejos conservados en miembro inferior derecho y dolor en columna lumbar, se palpa polo inferior de bazo e hígado de 12 cm; un laboratorio que informa Hematocrito 31, y recuento de plaquetas de 60.000 mm³. Se realizan Radiografía y Resonancia Magnética de columna que se informan como normales, una ecografía abdominal muestra hepatoesplenomegalia homogénea. En un medulograma se observan células con citoplasma espumoso basófilo, y posteriormente se dosifica fosfatasa ácida total 17.5, β -glucosidasa ácida en sangre periférica de 0.4 μ mol/h (2.1-5.3) y quitotriosidasa de 315 μ mol/h (0-50). **Conclusiones:** Se presenta el caso debido a lo infrecuente de esta enfermedad. El diagnóstico precoz de esta enfermedad puede modificar la evolución de la enfermedad ya que posibilita el tratamiento temprano con la enzima β -glucosidasa ácida.

VASCULITIS EN ARTRITIS REUMATOIDEA.

Spadaro ML, Moya CR, André SN, Wisniowski C. Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El término VASCULITIS REUMATOIDEA se emplea para referirse a las manifestaciones extraarticulares producidas a partir del compromiso de los vasos sanguíneos. Se pueden demostrar formas leves de vasculitis hasta en un 50% de los pacientes con artritis reumatoidea pero las formas severas se presentan con una incidencia de 1,3 casos por cada 10000 pacientes. **Caso Clínico:** Hombre de 50 años con artritis reumatoidea de 25 años de evolución que ingresa por presentar lesiones necróticas extensas en ambas piernas y ampollas de contenido hemático en región suprapatelar y en dorso de manos. El cuadro había comenzado 75 días antes con fiebre, mialgias, edemas en

miembros inferiores. En el examen físico no presentaba secuelas por su enfermedad de base. **Resultados:** En el laboratorio se observaba leucocitosis con neutrofilia, anemia microcítica hipocrómica, eritrosedimentación acelerada, factor reumatoideo positivo (3996 U/mL), anticuerpo anticardiolipina IgM positivo con título alto e inhibidor lúpico en título bajo. Del cultivo de las lesiones se obtuvo *Escherichia Coli*. Se efectuó biopsia de piel que se informó como pioderma gangrenoso. Se instauró tratamiento con corticoides y antibióticos. La evolución fue tórpida y se realizó la amputación suprapatelar del miembro inferior derecho con complicación infecciosa de la herida quirúrgica. En el miembro inferior izquierdo la respuesta terapéutica fue favorable. **Conclusiones:** Se decidió la presentación dada la baja frecuencia de esta patología en asociación con artritis reumatoidea. El PIODERMA GANGRENOSO es una enfermedad ulcerativa de la piel de probable etiología inmunológica. Su incidencia es de 1 caso por cada 100000 personas por año y predomina en mujeres de edad media. El 50% de los casos se asocian con una enfermedad sistémica subyacente, principalmente con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn y sólo 1% con ARTRITIS REUMATOIDEA. El tratamiento de elección son los glucocorticoides. La evolución suele ser tórpida.

OSTEOMIELITIS POR *ESCHERICHIA COLI* PRESENTACION DE UN CASO.

Domínguez A, Moya C, André S, Wisnioski C.
Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La osteomielitis vertebral es más frecuente en mayores de 50 años, suele presentarse con dolor localizado e hipersensibilidad en los segmentos afectados, es de comienzo insidioso progresando lentamente en un periodo de 3 semanas a 3 meses, su origen suele ser hematógeno, y en huéspedes normales el germen más frecuentemente aislado es el *Stafilococcus aureus*. La región lumbar suele ser la más afectada, seguida de la torácica y la cervical necesiéndose un alto grado de sospecha para realizarse el diagnóstico. Si bien la Resonancia Magnética puede evidenciar signos característicos, el diagnóstico definitivo se realiza aislando el germen del hueso. El tratamiento debería basarse en el antibiograma y prolongarse por al menos 6 semanas. **Caso clínico:** Mujer de 62 años sin antecedentes de relevancia que comienza un mes previo a la consulta con lumbalgia que no cede con analgésicos comunes ni con el reposo y fiebre. Le diagnostican celulitis glútea, realizándose hemocultivos y urocultivos que fueron negativos, se la trata con antibióticos por diez días, y posteriormente consulta nuevamente con los mismos síntomas derivándosela a nuestro hospital. Al examen físico se presenta afebril y con dolor lumbar que se irradia a nalgas, siendo los resultados de laboratorio: Hematocrito, 34.6%; Hb 11.4gr/dL; Leucocitos, 4300 mm³; eritrosedimentación, 69 mm., hemocultivos y urocultivos negativos, una Radiografía y una Tomografía Computada de columna lumbar fueron normales pero la Resonancia Magnética evidenció

una señal ligeramente hipertensa en T2 en el disco ubicado entre L4-L5 e; imágenes hipeintensas en T1 en las carillas articulares de los cuerpos vertebrales vecinos. Se realiza una punción vertebral lumbar guiada por Tomografía Computada enviándose material para cultivo aislándose una *Escherichia coli* sensible a ciprofloxacina. **Conclusión:** Se presenta este caso debido a la infrecuencia de dicho germen en la génesis de osteomielitis, sobre todo teniendo en cuenta que no se halló sitio de infección primaria. En el 50 % de los casos de osteomielitis vertebral no se presenta leucocitosis ni fiebre aunque puede hallarse una eritrosedimentación elevada.

DETERMINACIÓN DE MICROALBUMINURIA EN EL HOSPITAL INTERZONAL «DR. JOSE PENNA».

González L, Barrio JP, Dolcemáscolo N, García C, Haag N, Palomequez C, Pettinari P, Ramallo G, Razuc G, Vallati E. Hospital Interzonal « Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivos: Determinar si existen diferencias para el diagnóstico de microalbuminuria (MAU) utilizando orina de 24 horas o la primer orina de la mañana cuando sólo se dosa MAU, utilizando el cociente Albúmina/creatinina (RAC) o Tasa de excreción de albúmina (TEA). **Materiales y Métodos:** Se analizaron 202 muestras de orina de una población de pacientes adultos en el período comprendido entre abril de 2004 y agosto de 2005. Cada paciente recolectó 2 muestras: una orina de 24 hs y una muestra de minutada de más de 8 hs de diuresis. Se utilizó el analizador DCA 2000 de Bayer que dosa albuminuria por inmunoturbidimetría y creatinuria mediante la reacción de Benedict-Brebe. La RAC y TEA fueron calculadas expresándolas en mg/g y μ g/minuto respectivamente. **Resultados:** Considerando como diagnóstico de MAU los valores comprendidos entre 30-300 mg/L, 30-300 mg/24hs, 30-300mg/g de creat y 20-200 microgramos/min cuando se analizo solo MAU, en la primer orina 8 pacientes de 202 (4 %) presentaron MAU, y en la de 24 hs 30 pacientes de 202 (15%), existiendo diferencias estadísticamente significativas, Chi²: 14.6 gl: 1, p< 0.001. Al comparar el valor de RAC en la primer orina 15 pacientes de 202 (7.4%) presentaron MAU y en la orina de 24hs 21 pacientes de 202 (10.4%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, Chi²: 1.1 gl: 1 p: 0.2943. Al calcular la TEA, en la primer orina se encontraron 28 pacientes de 202 (13.9%) con MAU y en la orina de 24 hs 34 pacientes de 202 (16.8%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, Chi²: 0.68 gl: 1 p:0.4096. **Conclusiones:** Cuando sólo se informa MAU en mg/L o mg/24 horas las diferencias de los resultados en los dos tipos de muestras reflejan la influencia de las elevadas diuresis de 24 horas frecuentes en diabéticos e hipertensos tratados con diuréticos. No existen diferencias significativas entre los resultados de MAU obtenidos en la primer orina versus los valores de MAU obtenidos en orina de 24 hs cuando los resultados se expresan en Alb/creat. y como TEA. La medición de la excreción de albúmina en orina esta sujeta a múltiples

factores (efectos del ejercicio, postura, diuresis) una forma de reducir la influencia de estos factores es la utilización del RAC.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE HEMOCULTIVOS EN PACIENTES NEUTROPENICOS FEBRILES.

Ciccola F, Páez G, Plunkett R.

Servicio de Clínica Médica. Servicio de Bacteriología. Servicio de Infectología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las infecciones son la mayor causa de morbimortalidad en el grupo de pacientes neutropénicos. Entre un 48-60 % de los pacientes neutropénicos que desarrollan fiebre tienen una infección. La rápida administración de un esquema empírico de antibióticos es una medida considerada vital en la evolución de estos pacientes. Mas allá de los esquemas empíricos, es esencial el reconocimiento del espectro de los agentes infecciosos y sus patrones de susceptibilidad en el ámbito local: los hemocultivos, una de las medidas estándar en la evaluación inicial de los pacientes neutropénicos febriles, nos brindan información valiosa en este sentido. **Objetivos:** Evaluar el rédito de los hemocultivos en el grupo de pacientes neutropénicos febriles que realizan consulta desde el ámbito extrahospitalario (excluye los casos de infección intrahospitalaria), y los agentes infecciosos involucrados en los hemocultivos positivos. Comparar los resultados con la evidencia bibliográfica. **Materiales y Métodos:** La evidencia bibliográfica disponible nos informa un tasa de hemocultivos positivos en el grupo de pacientes neutropénicos febriles que oscila entre el 18 y el 20 %. Este estudio retrospectivo descriptivo incluye los pacientes neutropénicos febriles adultos que consultaron el servicio de Hematología/Patrulla desde el año 2002 hasta el año 2004 inclusive; se evaluaron los resultados de los hemocultivos realizados a dichos pacientes, y los agentes infecciosos involucrados en los cultivos positivos. Se adosan datos sobre otros estudios (urocultivos, coprocultivos, análisis de fluidos respiratorios) que se realizan en este grupo de estudio. Se informa el % de hemocultivos positivos y los agentes infecciosos involucrados. **Resultados:** Sobre el total de consultas realizadas desde el ámbito extrahospitalario por pacientes neutropénicos febriles adultos entre los años 2002 y 2004 se realizaron 251 hemocultivos, se detectaron 48 hemocultivos positivos sobre el total de las muestras. Del grupo de 48 positivas se consideraron 12 como contaminadas, y por lo tanto un total de 36 muestras positivas válidas. El porcentaje de hemocultivos positivos fue de 14.34%. Los agentes involucrados fueron *E. Coli* (8 casos), *S. Aureus* (8 casos), *Ps. Auriginosa* (6 casos), *Stp grupo Mitis* (3 casos), *Stp Agalactie* (2), otros (7 casos). El número de muestras contaminadas (12) sobre el número de hemocultivos positivos (48) supone el 25 % del total de muestras positivas. **Conclusiones:** El porcentaje de hemocultivos positivos en nuestra población es entre un 5-6 % inferior con respecto al que se informa en la bibliografía de Mortalidad por Cáncer en Argentina 1997-2001

FRACTURA DE PENE: PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.

Borelli D, de Lasa T, Vallati J, D'Orazio O, Lambert O. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La ruptura traumática de la albugínea de los cuerpos cavernosos (fractura de pene) es una entidad poco frecuente de la consulta urológica de urgencia, presenta baja morbilidad con mortalidad nula si es tratada a tiempo.

Objetivos: presentación de un caso y revisión de la literatura. Búsqueda bibliográfica con Medscape. **Materiales y Métodos:** Paciente de 24 años de edad que concurre a la sala de emergencia una hora después de presentar un traumatismo de pene durante el coito, relata dolor, detumescencia inmediata y hematoma postraumático.

Resultados: El tratamiento instaurado fue la intervención quirúrgica inmediata (a la hora del ingreso), en donde se constata una laceración de la túnica albugínea a nivel de la base del pene del cuerpo cavernoso izquierdo, la que fue resuelta en el acto quirúrgico. **Conclusiones:** durante el estado de erección del pene, una maniobra intempestiva sobre el mismo puede lesionar la albugínea del cuerpo cavernoso produciendo su fractura.

INYECCIÓN DE SILICONA LÍQUIDA EN LA MAMA.

Tentoni U, Bereilh D, García AV, Prenna V, Siri N.
Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Interzonal «Dr José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Personas no médicas inyectan silicona líquida como método de agrandamiento mamario. **Objetivo:** Describir cuatro casos de inyección mamaria de siliconas.

Materiales y Métodos: Se realizaron cuatro mamografías bilaterales en cuatro pacientes de sexo femenino, en la última se realizó además ecografía mamaria. Para la mamografía se usó un equipo Dinan en los tres primeros casos, para el último un mamógrafo Senograph 600 T y un Ecógrafo Sonosite con transductor lineal de 7 Mhz.

Resultados: Se describen las imágenes de cuatro mujeres cuya edad promedio fue de 36 años. *Paciente 1:* 3/6/99. 38 años. Macro y micronódulos de bordes netos bilaterales. *Paciente 2:* 10/2/00. 29 años. Múltiples formaciones nodulares bilaterales. *Paciente 3:* 5/10/00. 40 años. Múltiples imágenes nodulares bilaterales. *Paciente 4:* 29/11/04. 40 años. Parénquima mamario con múltiples imágenes nodulares. Ecografía dos quiste en mama izquierda en un patrón ecogénico con imágenes hipoecoicas. **Conclusiones:** La inyección de silicona en su forma líquida directamente en el parénquima mamario por razones estéticas fueron realizados desde 1945. El principal problema era que tendía a migrar desde el sitio de la inyección. En 1962 se realizó el primer implante de gel de silicona dentro de una cubierta dando inicio a los modernos implantes. Se han reportado cambios locales por reacción inflamatoria (induración, eritema, aumento de la temperatura, dolor), cambios sistémicos (embolia pulmonar) formación de granulomas de siliconas (siliconomas) También se incluye la fibrosis y migración a la axila, pared torácica, brazo, pared abdominal anterior. Las siliconas interfieren en la interpretación de hallazgos mamográficos ya que distorsionan el parénquima y pueden ocultar un carcinoma. El interrogatorio y la mamografía no dejaron dudas diagnósticas por la tipicidad de las imágenes. La silicona en el tejido mamario presenta un dilema porque interfiere con la interpretación de la mamografía.

ASPECTOS ECOGRÁFICOS DE LA MOLA HIDATIDIFORME.

Moya Maldonado M, Tentoni U, Berardi H, Franciulli JM.
Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivo: Analizar las características ecográficas de esta patología. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron en forma retrospectiva los 15 casos de mola hidatidiforme ocurridos en nuestro Hospital desde el 17/10/2000 hasta el 15/7/04. Se usó un ecógrafo Sonosite 180 plus y un ecógrafo Capase

Toshiba con transductor de 3,5 Mhz. Ningún estudio fue realizado con Doppler ni en forma endovaginal. **Resultados:** La edad de las pacientes estuvo comprendida entre 16 y 37 años, el promedio fue de 24 años. El síntoma predominante fue la metrorragia. El diámetro longitudinal del útero al momento del diagnóstico varió entre 89 y 204 milímetros siendo su promedio 118 milímetros. De las doce, 10 molas hidatidiformes fueron completas y 2 parciales. De las 10 molas completas 6 se presentaron como formaciones líquidas de tamaño variable, 3 como una formación heterogénea y 4 con una imagen sugestiva de saco gestacional. En una paciente se reconocieron ovarios aumentados de tamaño multiquísticos. De las parciales una se presentó en un embarazo anembrionado y la otra en un embarazo gemelar con un feto muerto de 14 semanas y un feto vivo de 33 semanas. En todos los caso de realizó raspado uterino evacuador. **Conclusiones:** La mola hidatidiforme es el tipo más frecuente de la enfermedad gestacional trofoblástica. Los hallazgos ecográficos son variables. Predominancia de espacios anecoicos que corresponden a las vellosidades hidrópicas. Masa central de ecogenicidad variable presumiblemente por ser las vellosidades muy chicas para verse por ecografía. Colección líquida central que recuerda a un huevo anembrionado o la de un aborto. La ultrasonografía es la exploración de elección para el diagnóstico de un embarazo molar ya que los hallazgos ecográficos son muy característicos.

TUMOR DE CÉLULAS ESTEROIDEAS DE OVARIO COMO CAUSA DE HIRSUTISMO.

Flores C, Boguen J, Bonacorsi SM, De Pedro S, Flores O, Jouffré G, Sola MO, Voglino S, Becerra H.

Servicio Endocrinología-Medicina Nuclear.

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

Introducción: El hirsutismo es una patología de consulta frecuente en endocrinología. Las causas pueden ser variadas. Existe patología neoplásica que debe descartarse a tiempo. **Objetivo:** Presentar un caso de tumor de células esteroideas del ovario productor de andrógenos, como una causa muy poco frecuente de Hirsutismo. **Materiales y Métodos:** Paciente de 46 años que consulta por primera vez a nuestro Servicio, presentando hirsutismo con score 36 (Escala de Ferriman α Gallway), acantosis nigricans y amenorrea. Frente a este cuadro de hiperandrogenismo se realizó: 17 OH - Pg : 23 ng/ml. (vr:0,40 a 1,02) Androstenediona: 6,50 ng/ml. (vr: 0,20 a 3.10), To: 7.8 ng/ml (vr: 0.14 - 0.76); SDHEA: 1000 ng/ml. (vr:70 a 3480), PRL: 15,8 ng/ml. (vr.: 3,4 a 24,1; CORTISOL BASAL: 7,4ug/dl. (vr: 4.3 - 22.4), Vesperal: 2,1 ug/dl. (vr: 3.09 - 16.6) CLU.:40ug/24 hs. (vr: 28.5 - 213.7), CA 125: 88 U/ml (vr: 0 - 35), CEA :2,9ng/ml (hasta 5), CA 19 9: 21,0 U/ml (vr: 0 - 24), AFP: 3,6 ng/ml (vr: hasta 8). Se efectuó TAC de abdomen y pelvis. Se indicó punción de líquido peritoneal. **Resultados:** Se indicó tratamiento quirúrgico, realizándose anexo histerectomía total y ooforectomía bilateral. Informe de Anatomía Patológica: Tumor de células esteroideas. La evolución post quirúrgica fue favorable, resolviendo el cuadro de hirsutismo en el lapso de tres meses normalizando los valores hormonales elevados. Continúa en amenorrea. **Conclusiones:** Estos tumores son neoplasias ováricas poco frecuentes, que representan menos del 0.5 % de todos los tumores primarios de este órgano. Los síntomas androgénicos son consecuencia de la esteroideogénesis desordenada de células multipotenciales del ovario. El tratamiento quirúrgico es el de primera elección en estas neoplasias.

CARCINOMA TIROIDEO EN QUISTE TIROGLOSO.

De Pedro S, Becerra H, Flores C, Flores O, Jouffré G.

Servicio Endocrinología-Medicina Nuclear. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivos: Presentar un caso de carcinoma de tiroides en un quiste tirogloso debido a su baja frecuencia. **Materiales y Métodos:** Se analizó la historia clínica de una paciente de 42 años derivada de la zona con diagnóstico por anatomía patológica de carcinoma papilar de tiroides en conducto tirogloso luego de la extirpación con técnica de Sistrunk. **Resultados:** El servicio de endocrinología recibe a la paciente con función tiroidea normal (TSH 2,6; T4I 1,1; anti TG (-)) y TAC de cuello con contraste sin alteraciones. Se solicita al

servicio de cirugía realización de tiroidectomía total. Informe anatomopatológico: glándula tiroides sin alteraciones histopatológicas específicas. Laboratorio post-tiroidectomía: anti TG (-); TSH 160; T4I 1,3 ug/dl. Se realizara primera dosis de 150 mCi con I¹³¹, continuando luego con controles según protocolo de cáncer papilar de tiroides. **Conclusiones:** La prevalencia de carcinoma diferenciado de tiroides en quistes tiroglosos operados oscila entre 0,7 y 3 %. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma papilar. En nuestro país según la última revisión de casos se sugiere la tiroidectomía total como tratamiento complementario para facilitar la radioablación y con el fin de optimizar el seguimiento posterior de estos pacientes con determinaciones de tiroglobulina como marcador tumoral y de radioyodo con fines diagnósticos y terapéuticos.

SERVICIO COORDINADOR DE CENTRO REGIONAL DE HEMOTERAPIA. EVALUACIÓN DE 1 AÑO DE CENTRALIZACIÓN REGIONAL.

Cabrera A, Dotta C, Fernández V, Bartomioli M, Guber D, Tralma C, Gómez L.

Servicio Coordinador de Centro Regional de Hemoterapia. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las actividades del servicio coordinador de Centro Regional de Hemoterapia son: Atención del donante, Preparación, Almacenamiento y Distribución. Los donantes provienen de los Hospitales: Dr José Penna, Municipal, Militar, Centro de Salud empleados de Comercio (AEC). Realiza colectas externas en la región. Desde noviembre de 2004, los hospitales de: Tres Arroyos, González Chaves, Casbas, Guamini, Pringles, Patagones, Monte Hermoso envían unidades para su preparación, almacenamiento y distribución. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la centralización regional de las unidades transfusionales, de la Región Sanitaria I. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Entre el 1º de julio del 2004 al 31 de julio de 2005, ingresaron 2520 unidades de sangre entera, a las que se les realizó grupo y factor, detección de anticuerpos irregulares, separación en hemocomponentes y serología. Se distribuyeron de acuerdo a los requerimientos, completando los registros correspondientes y el descarte de las unidades por cuestionario médico, extracción y procesamiento.

Resultados: Se entregaron 5894 unidades, el 48 % (3027) se destinaron al Hospital Dr. José Penna, 25 % Hospital Municipal, AEC y Tres Arroyos 7% y 6 % respectivamente. El 51 % de las unidades distribuidas fueron O positivo, y un 33 % A positivo. El 74 % de las bolsas O positivo fueron entregados a los hospitales públicos de Bahía Blanca. De las 6531 unidades recibidas fueron aptas 5170 (79 %). Los Hospitales Públicos de Bahía Blanca aportaron el 75 %. Los donantes voluntarios fueron 720 (14 %), 513 pertenecen a las colectas externas (71%). La distribución por grupo mantuvo la misma proporción (55% O positivo, 31 % A positivo). Se descartaron 1361 unidades, serología 35 %, autoexclusión 29 %, procesamiento 22 % y consultorio 14 %.

Conclusiones: No se logra mantener un stock, existe una diferencia del 12 % entre las unidades recibidas y las entregadas. Hay una proporción desmedida en la solicitud de unidades cero. Los donantes son de reposición. Las distancias y los traslados son inconvenientes. Falta establecer un día fijo de intercambio con la región. El déficit de donantes varía del 60 % al 6 % . Los descartes más frecuentes fueron por serología y autoexclusión.

COEXISTENCIA DE DOS PATOLOGIAS ONCOHEMATOLOGICAS.

Sandoval M, Pombo P, Iommi P, Garbiero S, Di Paolo D,

Brandt M, Agriello E.

Área de Citometría de Flujo, Servicio de Hematología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Actualmente la citometría de flujo es una herramienta con amplia aplicación en el diagnóstico oncohematológico. Las estrategias de análisis permiten evaluar cada célula en particular en el contexto de un gran número de células en simultáneo. **Objetivos:** identificación y clasificación de dos neoplasias hematológicas en un mismo paciente. **Materiales y Métodos:** Dos muestras de sangre periférica y una de líquido pleural correspondientes a tres pacientes adultos, dos de sexo masculino y uno de sexo femenino. Inmunomarcación con anticuerpos monoclonales analizadas por citometría de flujo (CF). Primero se evalúa un screening y luego se continúa el análisis hasta la identificación de cada una de las neoplasias. **Resultados:** En todos los casos se identificó la coexistencia de 2 patologías: 1) Leucemia Linfática Crónica (LLC) y Leucemia Mieloide Aguda; 2) LLC y Linfoma B; 3) LLC y Síndrome Linfoproliferativo T. **Conclusiones:** La LLC es la patología oncohematológica que se presenta con mayor frecuencia en el adulto añoso. No obstante, y gracias a la posibilidad de contar con técnicas de elevada sensibilidad y resolución analítica, como lo es la CF, fue posible hallar estas segundas neoplasias. La importancia de estos hallazgos radica en que la actitud terapéutica dependerá de la de mayor agresividad, si bien en otros casos, sólo se debe controlar y observar al paciente. El análisis multiparamétrico en conjunto con un gran número de células ha demostrado que la coexistencia de más de una patología hematológica supera los datos estadísticos registrados y publicados al presente.

ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDA Y MIELOMA MÚLTIPLE: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Silenzi N, Tejada I, Navarro J, Agriello M, Confini E, Heit A, Livio G.

Residencia Medicina Interna, Hospital Naval Puerto Belgrano. Punta Alta. Argentina.

Introducción: Aunque la mayoría de los casos de Enfermedad de Von Willebrand son heredados, también existen formas adquiridas en pacientes adultos con hemorragias predominantemente mucocutáneas y sin antecedentes previos personales o familiares de dicha signo-sintomatología. La fisiopatología habla de anticuerpos que inhiben la función del Factor de Von Willebrand, proteólisis del mismo, tumores que adsorben selectivamente sus multímeros y otros mecanismos de destrucción no inmunológica; adjudicando siempre la adquisición de esta enfermedad a otra subyacente. **Objetivo:** Presentar un caso de Enfermedad de Von Willebrand adquirida y asociada a Mieloma Múltiple. **Materiales y Métodos:** Paciente de sexo masculino de 50 años sin antecedentes patológicos

significativos, en el cual a partir de múltiples hematomas diseminados a predominio de tronco y miembros superiores e inferiores se diagnostica Enfermedad de Von Willebrand adquirida, en el cual de acuerdo al cuadro clínico presentado y en búsqueda del trastorno primario se realiza punción aspiración de médula ósea arribando finalmente al diagnóstico de Mieloma Múltiple. **Método:** Revisión y actualización bibliográfica. **Conclusión:** Se presenta este caso dada la baja frecuencia de trastornos hemorrágicos de tipo Von Willebrand adquiridos, destacando la importancia del diagnóstico de la patología subyacente al mismo ya que eso orientó nuestra conducta terapéutica en forma exclusiva al Mieloma Múltiple obteniendo así remisión completa de toda signo-sintomatología atribuible a la Enfermedad de Von Willebrand.

HEMOFILIA C ADQUIRIDA O HEREDITARIA? CONSECUENCIAS DE LA POLITRASFUSIÓN.

Martínez P, Fernández V, Brandt M, Di Paolo H, Garbiero S, Roumeque L.

Servicio de Hematología. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna».

Introducción: La deficiencia de factor XI presenta una tendencia hemorrágica más variable que la hemofilia A o B, solo las personas con una deficiencia severa tienen una tendencia al sangrado, de carácter variable y típicamente relacionada con cirugías. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Materiales y Métodos:** Paciente sexo masculino de 60 años de edad, derivado por el Servicio de Odontología, por presentar antecedentes de sangrado durante extracciones previas de piezas dentales. En la consulta refiere que en el año 1987, debió recibir en varias oportunidades unidades de plasma fresco congelado (PFC).

Resultados: Los estudios de laboratorio del paciente (tabla 1) muestran resultados compatibles con déficit de Factor XI (hemofilia C adquirida), por la presencia de un inhibidor y una deficiencia leve de Factor von Willebrand. Ante la presencia de un inhibidor se indica prednisona (1 mg/kg), durante 10 días. Los controles posteriores del paciente (tabla 2), muestran mejoría en la deficiencia de Factor von Willebrand y leve aumento de la concentración de Factor XI con persistencia del inhibidor. Se realiza el procedimiento de extracción dentaria, previa transfusión de 4 unidades de PFC, y 6 unidades a las 12 hs del procedimiento. El paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones hemorrágicas.

Conclusiones: La historia familiar es equívoca, el paciente no refiere antecedentes de sangrado, al haber una pobre correlación fenotipo genotipo, sólo el laboratorio hubiera definido la diferencia entre hemofilia C hereditaria o adquirida, en su momento. La poli transfusión es sin duda el factor más importante, sino el único, en el desarrollo del inhibidor de alto título de factor XI que posee el paciente.

Tabla 1

Fecha	TP	%	APTT	F VIII	F IX	F XI	F XII	vWF Ag	vWF Fc
06/07/2005	11.9	95	69.3	41.9%	84.7%	1.2%	68%	75%	50%

Prueba de corrección con plasma normal: Inhibidor de factor XI

Tabla 2

Fecha	TP	%	APTT	F VIII	F IX	F XI	vWF Ag	vWF Fc
19/08/2005	12.4	88.9	73.0	>91%	--	2.1%	87%	63.1
29/08/2005	12.1	92.6	56.7	>91%	--	1.8%	101	72

MONITOREO DE LINFOCITOS T CD4 EN PACIENTES PORTADORES DE HIV.

Iommi P, Agriello E, Pombo P, Sandoval M, Garbiero S. Servicios de: Laboratorio Central, Infectología, Hematología y Oncología del Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La confirmación diagnóstica de infección con HIV se basa en un análisis de Western Blot positivo. A posteriori, los pacientes portadores son controlados periódicamente mediante cuantificación de la carga viral y de la población absoluta de linfocitos T CD4. Si bien son determinaciones normalizadas por el CDC (Control Disease Center) no están al alcance de todos los portadores en nuestro país. Actualmente, en este hospital sólo se realiza la cuantificación de linfocitos T CD4 y se deriva el análisis de la carga viral al Centro de Referencia de SIDA (Facultad de Medicina). **Objetivo:** Mostrar la tendencia del caudal de muestras de portadores de HIV recepcionadas en el área de citometría de flujo de la Zona Sanitaria I. **Materiales y Métodos:** Las muestras analizadas durante los años 2000-2004 procedieron de las Unidades Carcelarias 4 y 19, del Hospital Municipal de Agudos y de nuestro hospital. La cuantificación de linfocitos T CD4 se realizó por citometría de flujo en doble plataforma se observó un incremento absoluto de muestras analizadas durante este período. Por otro lado, según los datos estadísticos, el mayor caudal de muestras provino de nuestro hospital (72,2%), y le siguen en frecuencia, Hospital Dr. L. Lucero (13%) y Unidades Carcelarias 4 (11,4%) y 19 (3,4%). **Conclusión:** El aumento en el número de pacientes portadores obliga a contar con técnicas rápidas, de alta sensibilidad y especificidad para el monitoreo correcto siendo fundamental en la toma de decisiones terapéuticas.

USO RACIONAL DE LA SANGRE Y LOS HEMODERIVADOS.

Uremovich M, Devescovi M, Martínez C, Pasquali A. Unidad de Medicina Transfusional del Servicio de Hematología y Oncología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La medicina transfusional es hoy una especialidad compleja de la cual el primer escalón es la obtención de productos sanguíneos destinados a su transfusión a los pacientes, en cantidad suficiente y con calidad adecuada. **Objetivos:** Nuestro objetivo es promover el uso racional de la sangre y sus hemoderivados. Mediante el análisis de los datos obtenidos también se busca lograr el compromiso de los distintos integrantes del equipo de salud.

Materiales y Métodos: El trabajo es de carácter descriptivo

y retrospectivo. Se analizaron datos estadísticos de los años 2003 y 2004 de todas las transfusiones de sangre y hemocomponentes realizadas en ese período de tiempo, como así también la distribución de cada uno de los productos sanguíneos por cada servicio del hospital. Los Servicios fueron agrupados de la siguiente manera: 1) Clínicos, 2) Quirúrgicos, 3) Pediatría y Neonatología y 4) Obstetricia y ginecología. Durante el año 2003 se hicieron 5736 transfusiones y en el año 2004, se transfundieron 5834 unidades. **Resultados:** En ambos períodos de tiempo, el sedimento globular representó el mayor número de transfusiones (53%). Comparando la distribución por servicios, tanto en el año 2003 como en el 2004, los servicios clínicos representan el 70% del consumo de sangre y hemocomponentes, los servicios quirúrgicos el 12,6% y los servicios de ginecología, obstetricia y partos el 6,5%. Se observó un ligero incremento en el número de las transfusiones totales en los servicios de pediatría y neonatología durante el año 2004 (13,1%). **Conclusiones:** Nuestra Unidad Transfusional mantiene una buena relación de transfusión sangre total/ transfusiones totales, transfunde el producto sanguíneo que el paciente requiere y atiende patologías de alta complejidad con alto requerimiento transfusional. El desafío es promover la hemodonación, la transfusión autóloga y la concientización de los restantes integrantes del equipo de salud para que favorezcan el envío de donantes.

SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO.

Arnedo ML, Barros Contreiras S, Buschiazzi R, Gallez I, Mercado C. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivo: Presentar un caso de shock tóxico estreptocócico, un síndrome de baja incidencia y alta mortalidad. **Introducción:** El *Streptococcus* β hemolítico grupo A (Str) puede causar una gran variedad de enfermedades, algunas muy comunes como la faringitis y el impétigo y otras menos comunes y más severas como la neumonía o la sepsis. El síndrome fue caracterizado por Stevens et Al (3) en una serie de 20 pacientes previamente sanos, con infecciones invasivas por *S. pyogenes* con una mortalidad del 30%. **Caso Clínico:** Paciente: V V Motivo de consulta: Tos y Fiebre. Al ingreso presenta fiebre, disnea, tos y dolor punzante en hipocondrio izquierdo. Radiográficamente se observa velamiento de 2/3 del campo pulmonar izquierdo. Al examen físico está taquipneica, hipotensa, febril (38,7°C), con ausencia del murmullo vesicular en mitad inferior del hemitorax izquierdo. Sat O₂: 89-90% con aire ambiental. Hemograma: GB 14100 Neutrófilos 90%. Se obtiene por punción pleural líquido con características de empiema. Se coloca tubo de drenaje pleural y se indica ceftriaxona 80 mg/k/d. Durante la internación presenta rash e hipotensión (requirió expansión), hipocalcemia e hipoglucemia. Al llegar el cultivo de líquido pleural positivo para Str. se rota antibiótico a penicilina y clindamicina. Al 4° día comenzó descamación gruesa importante en torso. 7° día: continúa febril. La Rx de tórax y ecografía pleural informan imagen abscedada y tabique. Se interviene quirúrgicamente con decorticación temprana dejando 2 tubos de drenaje. Luego de 10 días de ATB endovenoso se rota a VO hasta cumplir 20 días de tto. **Conclusiones:** La paciente cumple con los siguientes criterios que hacen diagnóstico de Shock estreptocócico: hipotensión, rash escarlatiniforme y necrosis de piel; y se aisló Str. en líquido pleural. Recientes estudios demostraron que los Str. al invadir el torrente sanguíneo liberan una proteína M que se une al fibrinógeno formando un complejo en la superficie del polimorfonuclear activándolo. Este se une al endotelio y se degrana liberando enzimas hidrolíticas que producen daño respiratorio, hipercoagulabilidad, hipotensión, CID y daño orgánico lo que caracteriza al Síndrome.

PREVALENCIA DE *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL INTERZONAL «DR. JOSÉ PENNA».

Boughen P, Caraballo I, Dolcemáscolo N, García C, González L, Guzmán E, Haag N, Pettinari P, Razuc G. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia de colonización por *Streptococcus agalactiae* en mujeres embarazadas asistidas en nuestro hospital durante el período 1 de enero al 31 de agosto de 2005. **Materiales y Métodos:** De 117 embarazadas, durante el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de agosto de 2005, se obtuvieron muestras de secreción anorrectal y vaginal, entre la semana 35 y 37 de gestación. La muestra de secreción vaginal se obtuvo mediante hisopado del tercio exterior de la vagina sin espéculo. También se obtuvo muestra de hisopado anorrectal. Cultivo de *Streptococcus agalactiae*: Enriquecimiento selectivo en caldo Todd Hewitt. Los hisopos con muestra de secreción vaginal y anorrectal fueron inoculados en tubos con medio de enriquecimiento caldo Todd Hewitt suplementado con antibióticos (gentamicina 0.8 mg/L o colistin 10 íg/mL y ácido nalidíxico 15 mg/mL) y luego incubados por un período de 18-24 horas a 37° C. Se repicaron en agar sangre al momento de presentar turbiedad. Cultivo en agar sangre. Las muestras fueron sembradas en agar sangre de carnero desfibrinado al 5% el cual se incubó de 24 a 48 horas en condiciones de microaerofilia (método de la vela). A las colonias sospechosas se les realizó la identificación bioquímica y serológica con prueba de aglutinación. **Resultados:** Se aisló un EGB en los cultivos de las 117 embarazadas lo cual representa en este período (1 de enero al 31 de agosto de 2005) una prevalencia del 0.8%. **Conclusión:** La prevalencia hallada en nuestro hospital es menor que la publicada para Argentina y otros países.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE HEMOCULTIVOS EN PACIENTES NEUTROPENICOS FEBRILES.

Ciccola F, Páez G, Plunkett R. Servicio de Clínica Médica. Servicio de Bacteriología. Servicio de Infectología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las infecciones son la mayor causa de morbimortalidad en el grupo de pacientes neutropénicos. Entre un 48-60 % de los pacientes neutropénicos que desarrollan fiebre tienen una infección. La rápida administración de un esquema empírico de antibióticos es una medida considerada vital en la evolución de estos pacientes. Mas allá de los esquemas empíricos, es esencial el reconocimiento del espectro de los agentes infecciosos y sus patrones de susceptibilidad en el ámbito local: los hemocultivos, una de las medidas estándar en la evaluación inicial de los pacientes neutropénicos febriles, nos brindan información valiosa en este sentido. **Objetivos:** Evaluar el rédito de los hemocultivos en el grupo de pacientes neutropénicos febriles que realizan consulta desde el ámbito extrahospitalario (excluye los casos de infección intrahospitalaria), y los agentes infecciosos involucrados en los hemocultivos positivos. Comparar los resultados con la

evidencia bibliográfica. **Materiales y Métodos:** La evidencia bibliográfica disponible nos informa un tasa de hemocultivos positivos en el grupo de pacientes neutropénicos febriles que oscila entre el 18 y el 20%. Este estudio retrospectivo descriptivo incluye los pacientes neutropénicos febriles adultos que consultaron el servicio de Hematología/Patrulla desde el año 2002 hasta el año 2004 inclusive; se evaluaron los resultados de los hemocultivos realizados a dichos pacientes, y los agentes infecciosos involucrados en los cultivos positivos. Se adosan datos sobre otros estudios (urocultivos, coprocultivos, análisis de fluidos respiratorios) que se realizan en este grupo de estudio. Se informa el % de hemocultivos positivos y los agentes infecciosos involucrados.

Resultados: Sobre el total de consultas realizadas desde el ámbito extrahospitalario por pacientes neutropénicos febriles adultos entre los años 2002 y 2004 se realizaron 251 hemocultivos, se detectaron 48 hemocultivos positivos sobre el total de las muestras. Del grupo de 48 positivas se consideraron 12 como contaminadas, y por lo tanto un total de 36 muestras positivas válidas. El porcentaje de hemocultivos positivos fue de 14.34%. Los agentes involucrados fueron *E. Coli* (8 casos), *S. Aureus* (8 casos), *Ps. Aeuriginosa* (6 casos), *Stp grupo Mitis* (3 casos), *Stp Agalactie* (2), otros (7 casos) .El número de muestras contaminadas(12) sobre el número de hemocultivos positivos(48) supone el 25 % del total de muestras positivas.

Conclusiones: El porcentaje de hemocultivos positivos en nuestra población es entre un 5-6 % inferior con respecto al que se informa en la bibliografía

EL RUIDO: VARIABLE PERJUDICIAL PARA LA SALUD.
Verdera G[#], Pérez Verdera G[&]. [#]Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. [&]Universidad de Buenos Aires. Argentina.
Introducción: La frecuente exposición a más de 60 dB A. produce alteraciones en los seres humanos. Algunas de las consecuencias a tal exposición son: daños en la audición, el Sistema Nervioso Central, Aparato cardiovascular, glándulas endocrinas, aparato digestivo, sistema sanguíneo, el equilibrio, la visión y sobre el comportamiento (sueño, conducta, desordenes psicológicos, alteraciones en el proceso cognitivo etc.). La percepción de las personas es una de las variables a considerar; la influencia del ruido en la vida cotidiana depende de la incorporación que haga cada individuo del mismo. **Objetivo:** determinar la concordancia entre las mediciones objetivas y las apreciaciones subjetivas. **Materiales y Métodos:** Se registró el flujo vehicular en diferentes calles del macrocentro en diferentes horarios. Se constataron los diferentes niveles de sonoridad por medio de mediciones realizadas con un medidor de nivel sonoro (MNS) integrador, un medidor de temperatura y humedad y un anemómetro. Se realizaron encuestas en distintos sectores de la ciudad y se constataron las denuncias por ruidos recibidas en la municipalidad. Se estableció el grado de concordancia. **Resultados:** El 80% de las calles monitoreadas registraron el paso de más de 500 vehículos por hora. La calle Zelarrayan con un registro de 993 vehículos a las 19:00 horas resulto la más transitada. Los valores máximos se dan entre las 17 y 19 hs. De los 25 sectores donde se realizaron mediciones de niveles de sonoridad sólo en 4 se obtuvieron menos de 70 dBA (silenciosos). Más del 50% de los encuestados respondieron que los barrios Patagonia, Palihue, Universitario y Km 5 eran silenciosos. El promedio anual de denuncias por ruidos fue de 417. Zona concordantes (descripción objetiva y subjetiva coincidentes): en los barrios Palihue y Patagonia, silenciosos. En el eje de las vías férreas y en la Avenida Alem y calle Hipólito Irigoyen, ruidoso. Zona discordantes: en el sector: Calle Mitre, calle Chiclana, avenida Alem y calle Fuerte Argentino. **Conclusión:** Al confrontar las mediciones objetivas y las apreciaciones subjetivas, se encontraron zonas concordantes y discordantes.

BIBLIOTERAPIA.

Barrio MC, Camiletti G, Forchetti M, Lazzatti C. Universidad del Salvador. Facultad de Psicología y Psicopedagogía.
Introducción: La biblioterapia puede definirse como el uso de libros cuidadosamente seleccionados, con el fin de ayudar a solucionar problemas. Es una técnica con una finalidad terapéutica, que estructura la interacción entre un facilitador y un participante basados en compartir un espacio mutuo de literatura. Justificación: La lectura juega un papel muy importante en la recuperación de las personas hospitalizadas,

no cabe ninguna duda que el hecho de ingresar en un hospital supone un trauma importante para el enfermo ya que corta de raíz con su vida cotidiana, se aleja de la realidad y se centra exclusivamente en su problema de salud. En el caso de los niños hay investigaciones que demuestran que alrededor de un 35% de ellos sufren ansiedad. Y eso sin olvidarnos de lo largas que se hacen las horas en la cama de un hospital. Varios ensayos clínicos controlados han demostrado que los resultados de biblioterapia son comparables al de la terapia de droga o de la psicoterapia. Además, pacientes en biblioterapia se han recuperados más rápidamente de su enfermedad, que aquellos que tenían sólo terapias convencionales. La biblioterapia tiende a mejorar con el tiempo, en comparación con la remisión que se observa en las terapias convencionales. Biblioterapia es también útil como terapia complementaria para acelerar la recuperación junto con la terapia convencional. Se puede administrar de dos maneras: en grupo o en forma individual. **Objetivos:** Implementar la utilización de lecturas, individualmente o en grupo, como auxiliares terapéuticos en medicina y psiquiatría. Proveer el acceso a los libros con un fin curativo y psicoterapéutico. Aportar un medio para que los pacientes puedan compensar el extraño ambiente del hospital. Favorecer el bienestar y la recuperación de pacientes. Promover la lectura de los niños hospitalizados. Proporcionar un servicio de biblioteca. Fomentar la *biblioterapia* como una técnica psicoterapéutica en la sala de pediatría del Hospital Intezonal «Dr. José Penna». Proporcionar apoyo psicopedagógico en los pacientes de pediatría, mediante la lectura y actividades relacionadas con material cuidadosamente seleccionado. Colaborar en el mejoramiento de la biblioteca de la sala de pediatría. Impulsar la creación de un club de lectura. Población objetivo (destinatarios). Los usuarios de esta biblioteca incluirán a pacientes y sus familiares; puede que también atiendan a pacientes no hospitalizados o que reciban tratamiento domiciliario e incluso al personal del hospital. Los principales destinatarios son los pacientes pediátricos de tres meses a 15 años. Recursos necesarios: Las necesidades de la biblioteca del hospital son fáciles de enumerar el personal, el espacio, y la colección.

INTERVENCIONES PSICOPEDAGÓGICAS EN LA INSTITUCIÓN SALUD.

Barrio C, Camiletti G, Forchetti M, Lazzatti C. Universidad del Salvador. Facultad de Psicología y Psicopedagogía.
Introducción: Las dificultades en el aprendizaje y adaptación a la escuela que presentan niños y jóvenes en la fase de los 6 a los 14 años, representan un 35% de las consultas pediátricas y un 45% de las realizadas a los departamentos de salud mental en el mundo. Superan el alcance del área de educación para constituirse en un problema de salud pública.

La presencia del psicopedagogo en los equipos de los hospitales y centros de salud es bastante generalizada en la Argentina, permitiendo el abordaje integral de las problemáticas propias de la fase escolar del desarrollo. Sin embargo, en la ciudad de Bahía Blanca aún no se cuenta con el servicio psicopedagógico en los hospitales tanto públicos como privados, con excepción de dos hospitales privados que cuentan con una psicopedagoga cada uno. El trabajo del psicopedagogo en el ámbito hospitalario incluye, principalmente, el diagnóstico, tratamiento, orientación vocacional ocupacional y prevención primaria, a partir del trabajo conjunto médico- psicopedagogo (y la intervención de otros profesionales, en caso que fuere necesaria). **Justificación:** Proponemos abrir un espacio psicopedagógico interdisciplinario en el Hospital Penna, por un lado, para brindar la posibilidad de realizar un abordaje psicopedagógico, dentro de un ámbito de salud pública, a aquellas personas que lo necesitan y no tienen la posibilidad de acceder al mismo en forma privada. Por otro, porque consideramos que la mayor parte de las dificultades en el aprendizaje que revisten alguna intensidad y, no son puramente reactivas a crisis, tiene un origen precoz. Ya desde las primeras fases del desarrollo se plantean atrasos o alteraciones que aparecen al llegar la etapa de la escolaridad, con incompetencias para una o varias áreas de los aprendizajes sistemáticos. El control y acompañamiento de estas etapas precoces del desarrollo son funciones del pediatra quien podrá percibir o no la necesidad de la intervención psicopedagógica. La propuesta consiste en trabajar desde la prevención y en forma interdisciplinaria, para poder llevar a cabo un abordaje integral del paciente. Una actuación conjunta del pediatra, psicopedagogo, psicólogo y otros profesionales, en la asistencia ambulatoria pediátrica, reduce riesgos y multiplica la atención sobre señales en el desarrollo que pueden amenazar la evolución posterior. **Beneficiarios:** El proyecto está dirigido a las diferentes etapas evolutivas por las cuales transcurre un sujeto. **Metas:** * Crear un espacio en el cual se pueda realizar un abordaje psicopedagógico en el ámbito de salud pública, para todas aquellas personas que lo necesitan y no tienen la posibilidad de acceder al mismo en forma privada. Realizar tareas de prevención, diagnóstico, orientación y elaboración de estrategias de acción psicopedagógicas. Recursos: Espacio físico para poder llevar a cabo el proyecto. Materiales necesarios para realizar la labor psicopedagógica.

DESCRIPCIÓN DE PATOLOGÍAS FRECUENTES DESDE ENERO A JUNIO DE 2005 EN EL CENTRO DE SALUD DE GENERAL DANIEL CERRI.

Fernández JR, S. Brescia S, Della Chiara L, Reyes J, Barbieri L, Fernández M, Flores O. General Daniel Cerri. Partido de Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: es importante determinar las patologías más frecuentes en nuestra población, para emprender medidas preventivas en base a las necesidades de la comunidad. **Objetivo:** Identificar las patologías más frecuentes de enero a junio de 2005 del Centro de Salud de

Gral. Daniel Cerri. **Materiales y Métodos:** Trabajo descriptivo. Se incluyeron 2662 pacientes que consultaron entre enero y junio de 2005, de ambos sexos, de todos los grupos etáreos que consultaron desde enero a junio del corriente año, en el Centro de Salud de Gral. Daniel Cerri. Los datos fueron recolectados de las planillas C2, utilizadas por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca, que cuentan con los siguientes datos: fecha de consulta, nombre y apellido, edad, domicilio, diagnóstico, obra social, accidentes, consulta (primera o ulterior). La muestra fue tomada al azar, evaluándose el 27,29% del total de los pacientes que consultaron en ese semestre. La evaluación de los datos se realizó en forma manual. Se dividió bimestralmente y por grupos (accidentes (patologías gastrointestinales, respiratorias, etc.) Las tablas estadísticas generadas fueron gráficos de barras, histogramas, discos de tortas. **Resultados:** Se obtuvieron los siguientes resultados: patologías respiratorias (33,8%); patologías gastrointestinales (12,5%); patologías traumatológicas (10,85%); accidentes (8,56%); patologías dermatológicas (6,57%); control y puericultura (4,65%); patologías odontológicas (2,55%); HTA (1,91%); gineco-obstétricas (1,87%); oftalmológicas (1,61%); genitourinarias (1,57%); fiebre (1,35%); cefalea (0,93%); dolor torácico (0,82%); patologías y otras patologías (10,2%). **Conclusiones:** Las patologías más frecuentes fueron las respiratorias, gastrointestinales, traumatológicas y los accidentes. Resulta difícil recabar datos de las planillas C2 debido a la caligrafía ilegible de algunos profesionales, hay datos incompletos y falta de definición de un diagnóstico.

EVALUACION DE DOS ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PARA PROFESIONALES DE LA SALUD EN TABAQUISMO.

Laura E, Cerella C, Regueira G, Arias Ondicol N, Guasch P, Serralunga G, Yáñez L, Pistonesi S. Unidad de Investigaciones Biomédicas. Servicio de Estadística del Departamento de Matemática de la Universidad Nacional del Sur. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. aapec@criba.edu.ar

Objetivo: El objetivo de esta investigación fue comparar la efectividad de visitas estructuradas, efectuadas por jóvenes profesionales de la Salud ó estudiantes próximos a egresar, con la de Cursos-Talleres breves. **Materiales y Métodos:** Durante el año 2002 fueron visitados 566 profesionales de la Salud incluidos: médicos, bioquímicos y odontólogos; entre los médicos 42 participaron como controles. La visita estructurada duraba unos 20 minutos. En ella se enfatizaba la importancia del daño causado por el uso del tabaco a nivel mundial, nacional y regional, la trascendencia del rol del profesional de la Salud como modelo y consejero para el paciente, y se hacía también referencia a exitosos programas de control ya realizados. Al final de la entrevista se completaba un cuestionario. Durante ese mismo año se efectuaron, además, nueve talleres con la misma temática. **Resultados:** Mientras que sólo un tercio de los profesionales inscriptos, concurrió a los talleres, las entrevistas tuvieron un alto

porcentaje de aceptación. La evaluación telefónica efectuada pasados tres meses, demostró, a diferencia de los controles, un cambio significativo en la conducta de los profesionales visitados, con respecto a aconsejar a sus pacientes acerca del hábito de fumar. Las respuestas telefónicas fueron validadas a través de una encuesta realizada a los pacientes a la salida de consultorios externos. **Conclusiones:** La visita estructurada efectuada por jóvenes profesionales de la Salud resultó efectiva para cambiar la actitud de los profesionales de la salud con respecto a sus pacientes fumadores. Las mismas fueron muy bien aceptadas por la mayor parte de los profesionales de la Salud y deberían ser consideradas una estrategia válida en un Programa en que se trate de incentivar el Consejo al Paciente Fumador por parte del Equipo de Salud. Las evaluaciones de las mismas fueron muy positivas y un elevado porcentaje de los profesionales visitados afirmó haber incorporado nuevos conocimientos.

ACTITUD FRENTE AL CÁNCER POR PARTE DE MUJERES UNIVERSITARIAS.

Ullua N^{*}, Melatini G^{*}, Gandini NA^{*}, Pérez JE^{*#}, Bertón P^{*}, Lang C^{*}, Gigola G^{*}, Oresti GM^{*}, Fermento ME^{*}, Pérez Verdera G^{*}, Pérez Verdera P^{*#}, Delmas AF[#], Zwenger A[#], Lofrano HC^{*}. Universidad Nacional del Sur. Cátedra de Anatómo-Histología. ^ UBA. *Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. #GOCS – Grupo Oncológico Cooperativo del Sur. anahis@uns.edu.ar naullua@gmail.com

Introducción: Si la población tuviera presente la importancia de distintos factores y su relación con el desarrollo de la enfermedad, la mayoría de los signos y/o síntomas se detectarían precozmente. Para que los avances en investigación se correlacionen con la incidencia y tasas de mortalidad por cáncer, es importante que estos datos científicos sean trasladados a los centros de prevención, diagnóstico y tratamiento. Difusión, conocimiento y concientización sumados a la actitud frente al cáncer son claves en la prevención, diagnóstico y tratamiento del mismo. **Objetivo:** Diferenciar la actitud frente al cáncer entre dos poblaciones de alumnas universitarias. **Materiales y Métodos:** Se adaptó un cuestionario de 24 preguntas (UICC). Se entrevistaron 100 alumnas universitarias de diferentes carreras. Análisis estadístico: prueba de hipótesis para las proporciones. **Resultados:** Preguntas: 1-a. Algunas personas han percibido algo, o han estado preocupadas por algo que temían pudiera indicar la existencia de cáncer. ¿Ha tenido alguna vez algún trastorno que le hiciera temer la existencia de cáncer? ; b. ¿Acudió por entonces a algún médico para que le examinara? ; c. ¿Cuánto tiempo pasó entre el momento en que usted advirtió el trastorno y la consulta médica? ; 2- Suponiendo que usted quisiera someterse a un reconocimiento médico que comprendiese pruebas de detección de cáncer, ¿a quién o a dónde se dirigiría? ; 3- Si una persona teme padecer un cáncer, ¿cree usted que debe acudir inmediatamente a un médico o que debe esperar?. **Conclusiones:** No se encontraron diferencias significativas en ningún caso, excepto en la pregunta 1 (item a) ($p < 0.05$).

Conclusiones: Ambos grupos coincidieron respecto a qué centro de salud asistiría y al tiempo transcurrido entre la sospecha de cáncer y la consulta, siendo el médico general la opción más acertada. El grupo de Ciencias No Biológicas tuvo más respuestas afirmativas en relación a la aparición de un trastorno que le hiciera temer la existencia de cáncer, si bien no se encontraron diferencias en el período desde que se detectó el trastorno y en cuanto a la asistencia a la consulta médica.

APLICACIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN LA UNIDAD SANITARIA DE VILLA MUÑIZ DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA.

Fernández M, Flores O, Brescia S, Della Chiara L, Barbieri L, Fernández R, Reyes, J, Figueroa Y, Petersen L. Unidad Sanitaria Villa Muñiz, Área V. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Prevenir es el acto por el cual se evita que algo suceda. Como médicos generales y familiares estamos convencidos que nuestra misión esencial es evitar la aparición de la enfermedad, para esto debemos tener muy en claro las prácticas preventivas recomendadas según los grupos etáreos y es por ello que surge la idea de realizar este trabajo. **Objetivos:** Cuantificar el porcentaje de aplicación de prácticas preventivas recomendadas para edad y sexo según la guía de cuidados preventivos USPSTF en pacientes adultos que consultaron en la Unidad Sanitaria de Villa Muñiz durante el período 2003-2005. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron el total de las 1879 historias clínicas de pacientes adultos mayores de 15 años de la Unidad Sanitaria de Villa Muñiz (período 2002-2005). Se seleccionaron 479 historias clínicas, 402 de sexo femenino y 77 de sexo masculino que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: pacientes que consultaron al menos en tres oportunidades desde el 1/1/03 al 30/8/05. En dichas historias se analizaron las siguientes prácticas recomendadas por la guía de cuidados preventivos de la Fuerza de tareas Preventivas de los EEUU (sigla en inglés: USPSTF) 3ra edición, 2000-2003: realización de PAP en mujeres de 21 a 65 años o a partir del inicio de las relaciones sexuales; mamografía en mujeres de 50 a 65 años; SOMF y/o colonoscopia a partir de los 50 años; determinación de colesterol total y HDL-colesterol a partir de 35 años en hombres y de 45 años en mujeres; cultivo de flujo para búsqueda de *Clamidias Trachomatis* en mujeres menores de 25 años sexualmente activas. Se interpretó como práctica preventiva realizada toda aquella que figurase en la historia clínica. Los datos fueron analizados a través del programa Excel, en las filas se colocaron los pacientes y en las columnas las variables. Se generaron tabla de 2 x 2, histogramas y gráficos de tortas. **Resultados:** Las prácticas preventivas realizadas correctamente de acuerdo a la USPSTF fueron las siguientes: 44% para PAP; 10% para mamografía; 0,6% para rastreo de CA de colon; 0,7% para rastreo de *Clamidias* y 50,5 % para colesterol total/HDL-colesterol. **Conclusiones:** Según los presentes resultados evidenciamos un bajo porcentaje de realización de las prácticas preventivas analizadas. Deberíamos evaluar las

barreras relacionadas con los médicos y demás profesionales de la salud, con los pacientes y con el sistema de salud, que podrían explicar la falta de cumplimiento de las acciones preventivas.

DETERMINACIÓN DE LA CONCORDANCIA ENTRE MAESTROS DE PREESCOLAR Y OFTALMÓLOGOS PARA EL RASTREO DE AMBLIOPÍA.

Barbieri L, Brescia S, Della Chiara L, Echevarría M, Fernández M, Flores O, Reyes J, Fernández J. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivos: Determinar la concordancia para el rastreo de ambliopía entre maestros de preescolar y el oftalmólogo en niños de 4 y 5 años de los jardines de infantes de General Daniel Cerri, Partido de Bahía Blanca, durante el ciclo lectivo 2005. Estimar la proporción de estos niños que habían recibido el rastreo previo al estudio. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, poblacional, comparativo y a doble ciego, de concordancia entre observadores. El mismo se llevó a cabo en el Jardín de Infantes 906 y 931 de General Cerri, ubicado a 15 Km de la ciudad de Bahía Blanca. Se incluyeron 187 niños de un total de 237 con 4 o 5 años al primero de julio del corriente año y con consentimiento informado de sus padres. Se excluyeron a aquellos con diagnóstico de patología oftalmológica o los que finalizado el período de entrenamiento no se familiarizaron con los símbolos. Se eliminaron del estudio a todos los niños ausentes en las dos oportunidades de la evaluación oftalmológica. La intervención fue el rastreo de ambliopía con tablas de Snellen hecha por maestros de preescolar previamente capacitados por un médico General. Luego se comparó la concordancia de los mismos con un oftalmólogo realizando dicho rastreo con las mismas condiciones. El análisis estadístico se realizó calculando el índice de concordancia absoluto, el esperado al azar y el índice Kappa. **Resultados:** El índice de concordancia absoluto fue de 0,79; el esperado por azar de 0,52 y el coeficiente Kappa de 0,56, lo que determina una fuerza de concordancia moderada. Previamente a este estudio 45 de 187 niños habían sido rastreados, lo que representa un 24% del total. El mismo fue realizado por un oftalmólogo en 32 casos (71%) y por pediatras o médicos generales en los 13 restantes (29%). **Conclusiones:** La fuerza de concordancia entre los docentes de preescolar y el oftalmólogo para el rastreo de ambliopía es moderada y sólo un 24% de los niños habían recibido el rastreo previamente.

CORRELACIÓN ENTRE MEMORIA INMEDIATA, GLUCEMIA Y KALEMIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

*Lofrano HC, *Gandini NA, *Pérez JE, *Bertón P, *Lang C, *Gigola G, *Oresti GM, *Fermento ME, ^ Pérez Verdera G, *Ullua N, *Melatini G, &#Pérez Verdera P, &Delmas AF, &Zwenger A. *Universidad Nacional del Sur-Cátedra de Anátomo-Histología. ^UBA. &Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. #GOCS – Grupo Oncológico Cooperativo del Sur.

Introducción: Es claro que existe una relación directa entre el esfuerzo atencional y la liberación de acetilcolina. La síntesis de éste neurotransmisor es mediada por la enzima colina acetiltransferasa que actúa sobre los precursores colina y AcetilCOA. La glucosa es la fuente principal de grupos acetilo para la formación de AcetilCOA. Cuando hay una gran demanda de Acetilcolina tal como ocurre en el aprendizaje, una alta biodisponibilidad de glucosa favorece la síntesis del neurotransmisor. El poder de almacenamiento de este azúcar en las células cerebrales es muy escaso y equivale a dos minutos de actividad cerebral. Varios autores sugieren que una alteración microquímica regional, particularmente respecto del Potasio extracelular puede estar involucrada en la consolidación entre las fases lábil y estable de la memoria. Sólo son guardadas en la memoria aquellas experiencias que pueden excitar un número significativo de neuronas bajo condiciones que permitan actividad persistente durante el período necesario para que ésta consolidación tenga lugar. **Objetivo:** Establecer la correlación entre la memoria inmediata de 41 alumnos asistentes a los turnos de trabajos prácticos de la Cátedra de Anátomo-histología de la Universidad Nacional del Sur con su glucemia y kalemia. **Materiales y Métodos:** Se evaluó la memoria inmediata por medio de un test de memoria acústica y uno de retención visual, auditiva, fijación y capacidad de cálculo simultáneamente con la medición de los parámetros bioquímicos antes detallados. Se determinó el coeficiente de correlación entre los resultados promedio de los test y la glucemia y kalemia respectivamente. **Resultados:** Los coeficientes de correlación obtenidos entre glucemia y resultados de los tests de memoria realizados y kalemia y resultados de los tests de memoria realizados fueron 0.04 y 0.03, respectivamente. **Conclusión:** Los resultados no muestran correlación entre la memoria inmediata y la glucemia y/o kalemia en el grupo estudiado.

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN LA UNIDAD SANITARIA DE VILLA MUÑIZ DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA.

Flores O, Fernández M, Brescia S, Della Chiara L, Barbieri L, Fernández R, Reyes J, Figueroa Y, Petersen L. Unidad Sanitaria Villa Muñiz, Area V. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El síndrome metabólico (SM) está conformado por una constelación de factores de riesgo, hiperglucemia, dislipemia, obesidad central y aumento de la tensión arterial. La presencia de este síndrome triplica el riesgo de enfermedad coronaria y accidenta cerebrovascular y quintuplica la mortalidad cardiovascular. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes adultos que consultaron en la Unidad Sanitaria de Villa Muñiz durante el periodo 2003-2005. Determinar el porcentaje de pacientes que cumpliendo con los criterios no fueron diagnosticados. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo sobre 1879 historias clínicas de la unidad sanitaria y se incluyeron 479 adultos mayores de 15 años, de ambos sexos que consultaron al menos 3 veces durante el periodo 01/01/03– 0/08/05. Se utilizaron los criterios del ATP III para

definición de SM. Los datos fueron analizados a través del programa Excel. Resultados: De 479 historias clínicas, 41 (8,5%) cumplían los criterios para síndrome metabólico según el ATP III, sólo en 2 historias clínicas (0,4%) constaba el diagnóstico. En 36 historias clínicas (7,5%) por falta de datos quedó pendiente el diagnóstico a pesar de tener 2 criterios. **Conclusiones:** La prevalencia de SM encontrada en la Unidad Sanitaria de Villa Muñiz es 8,5%, inferior a la media en Argentina. Su diagnóstico por parte de los efectores de salud fue 0,4%. En la búsqueda bibliográfica encontramos 2 estudios de prevalencia de SM en Argentina, los mismos arrojan un resultado que varía en 12 y 25%. Nosotros evidenciamos una prevalencia inferior a la documentada por la literatura. Creemos que esta diferencia se debe a que no se tuvo en cuenta el SM como tal, sino que se trató a los factores de riesgo por separado.

PARATIROIDECTOMÍA EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL.

Mele P, Rudolf G, Recio S, Alconcher L, Fernández M, Calderon M, Barreneche M, Matoso M, Di Pino P, Pierdominici M, Romanelli A.

Centro Nefrológico. Bahía Blanca. Centro De Enfermedades Nefrourológicas(CENU), Trenque Lauquen. Argentina.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de pacientes portadores de hiperparatiroidismo secundario que se hallan bajo tratamiento sustitutivo renal, así como su manejo pre y postquirúrgico. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de pacientes sometidos a paratiroidectomía entre el 1 de Enero de 2002 y el 31 de Agosto de 2005. Se incluyen 22 pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario y se analizan el diagnóstico y el manejo clínico en la preparación previa a la cirugía así como en internación en el posoperatorio inmediato. **Resultados:** Todos los pacientes fueron evaluados con ecografía prequirúrgica, parathormona pre y posoperatoria así como la determinación de calcemia y fosfatemia cada 6 horas las primeras 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica. Todos los pacientes excepto 5 tuvieron paratiroidectomías exitosas con normalización de los niveles de parathormona en el posoperatorio inmediato. El promedio de estadía hospitalaria fue de 2,6 días, dependiendo esta última de los requerimientos de calcio intravenoso. Ningún paciente requirió terapia intensiva. Todos los pacientes fueron tratados con gluconato de calcio intravenoso así como vitamina D por vía oral. Ningún paciente desarrolló «hungry bone syndrome» (síndrome de hueso hambriento). **Conclusiones:** Es una cirugía con un posoperatorio no prolongado, que no requiere de cuidados intensivos en internación. Con el protocolo utilizado tanto en el pre operatorio como en el post operatorio, ningún paciente desarrolló «hungry bone syndrome», evento frecuente que puede complicar el post operatorio de estos pacientes. Es importante contar con un cirujano entrenado en patología de cuello por la poca correlación entre los hallazgos ecográficos y los intraoperatorios. La utilización de dosis adecuadas de calcio intravenoso así como de vitamina D en el pre y posoperatorio evitan la aparición de complicaciones postquirúrgicas. Sería de utilidad contar con la determinación de parathormona intraoperatoria en un intento por asegurarse el éxito de la cirugía.

EVOLUCIÓN DE LAS HIDRONEFROSIS E HIDROURETERONEFROSIS MODERAS Y GRAVES DETECTADAS INTRAUTERO.

*Alconcher L, **.Tombesi M

*Unidad de Nefrología Infantil. **Servicio de Medicina por Imágenes. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía

Blanca. Argentina.

Introducción: La ecografía prenatal permite reconocer anomalías del tracto urinario en el 1 % de los recién nacidos(RN). La más frecuente es la hidronefrosis (HN). El mayor desafío es distinguir las HN que mejorarán espontáneamente de aquellas que deteriorarán la función renal. **Objetivos:** Analizar porcentaje de RN con HN e hidroureteronefrosis(HUN) moderadas y graves, evolución postnatal, asociación con anomalías contralaterales y complicaciones. **Materiales y Métodos:** Entre 1989 y el 2005 se estudiaron 178 RN con dilataciones prenatales. Se incluyeron: HN moderadas (pelvis >1.5 cm de diámetro anteroposterior –DAP-con dilatación de cálices), HN graves (pelvis > 1.5 cm, dilatación de cálices y disminución del grosor parenquimatoso), HUN moderadas (uréteres entre 7 y 10 mm de DAP) y graves (> 10 mm). Se excluyeron: HN e HUN leves, reflujo vésicoureteral y válvula de uretra posterior. Se indicó profilaxis antibiótica, cistoureterografía miccional y radiorenograma diurético. La evolución se definió como involución parcial, total, estabilidad y progresión. **Resultados.** Cuarenta y siete RN, 13 mujeres, presentaron dilataciones del tracto urinario moderadas o severas: 21 HN moderadas, 12 graves, 10 HUN moderadas y 4 graves. Trece pacientes con HN moderada tuvieron patología contralateral y 3 infección urinaria (IU). En un tiempo medio de 33 meses ,3 involucionaron totalmente, 8 parcialmente, 5 se mantuvieron estables y 5 progresaron, resolviéndose quirúrgicamente. Nueve niños con HN graves fueron quirúrgicos; ninguno se infectó, 8 tuvieron patología contralateral.Cuatro pacientes con HUN moderadas presentaron involución parcial y 4 total en un tiempo medio de 36 meses. Las graves fueron quirúrgicas. Ninguno se infectó. **Conclusiones:** Una cuarta parte de las dilataciones prenatales correspondieron a HN e HUN moderadas y graves. Más de la mitad de las HN e HUN moderadas involucionaron y una cuarta parte requirió cirugía. Las HN e HUN graves fueron quirúrgicas. La prevalencia de IU fue baja y la de anomalías contralaterales elevada.

ESTIMACIÓN DE LA INGESTA PROTEICA MEDIANTE LA EXCRECIÓN DE NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS EN PACIENTES QUE TUVIERON UN SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO.

*Audisio J, **Alconcher L. *Servicio de Nutrición y Alimentación. **Unidad de Nefrología Infantil Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Más del 50 % de los pacientes que padecen un Síndrome Urémico Hemolítico (SHU) quedan con secuelas alejadas debido a la pérdida de masa nefronal en la etapa aguda.La dieta normoproteica forma parte del tratamiento de estos pacientes, dado que una sobrecarga no solo aumenta la hiperfiltración sino también la proteinuria favorecedores ambos de la esclerosis. Valorar en base al interrogatorio

ingesta de proteínas de los pacientes resulta poco confiable. **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento del aporte proteico prescripto mediante la medición de la excreción del nitrógeno ureico en orina de 24 horas (IN). **Materiales y Métodos:** Se analizó la excreción de nitrógeno ureico en orina de 24 horas en 59 pacientes, 35 varones, que habían padecido SHU entre 5 y 19 años antes. En el último control, 27 pacientes no tenían secuelas, 23 presentaban proteinuria y 9 estaban en insuficiencia renal crónica. La ingesta proteica indicada en todos los pacientes se basó en la edad y el peso teórico para la talla (P/T) y se evaluó mediante la siguiente fórmula $IN = (\text{nitrógeno ureico urinario de 24 hs} + \text{nitrógeno no ureico}) \times 6.25 \text{ g de proteínas}$. Se consideró no adherencia a la dieta si el aporte proteico calculado excedía en más del 20 % al aporte prescripto. **Resultados:** De los 59 pacientes que fueron evaluados, 38 (65 %) cumplieron con la prescripción proteica indicada y 21 (35 %) superaron en más del 20 % de la ingesta proteica indicada. **Conclusiones:** Un tercio de los pacientes no cumplieron con las indicaciones alimentarias recomendadas. Creemos que la valoración de la ingesta proteica en base a la excreción de nitrógeno ureico en orina de 24 horas es un método de control útil y sencillo que permite reforzar las indicaciones y adoptar nuevas estrategias que logren una mejor adherencia al tratamiento.

con pelvis y uréter de tamaño normal, parénquima disminuido de grosor en el área de los cálices y aumentado entre los mismos. El diagnóstico se ha basado en los hallazgos del urograma excretor. El correcto diagnóstico de esta entidad es importante para evitar procedimientos diagnósticos e intervenciones quirúrgicas innecesarias.

MEGACALIOSIS DE DETECCIÓN PRENATAL.

*Alconcher L, **Tombesi M, ***Buschiazzo R.

*Unidad de Nefrología Infantil. **Servicio de Medicina por Imágenes. ***Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La megacaliosis es una entidad congénita caracterizada por la dilatación no obstructiva de los cálices renales sin dilatación de la pelvis ni del ureter. La ectasia urinaria incrementa el riesgo de infección urinaria y de litiasis en estos pacientes. Puede presentarse en forma uni o bilateral, aislada o asociada a otras malformaciones del tracto urinario. Se presenta 1 paciente varón con megacaliosis cuyo diagnóstico fue sospechado en la ecografía prenatal.

Caso Clínico: Recién nacido de término, con diagnóstico de hidronefrosis prenatal. La ecografía a las 38 semanas mostró un riñón izquierdo con cálices entre 6 y 8 mm y pelvis de 10 mm. En la ecografía postnatal se observó severa dilatación de cálices (3 y 4 cm) y pelvis pequeña de 1 cm. La cistouretrografía miccional fue normal. En el radiorenograma diurético la función renal fue normal, observándose una curva acumulativa con retención del radiofármaco en cálices y buena respuesta al estímulo diurético. El paciente permaneció asintomático y realizó seguimiento ecográfico periódico hasta los 6 años y 9 meses en que presentó 3 episodios de dolor cólico, que cedieron con medicación sintomática. La ecografía reveló un agravamiento de la dilatación calicilial. No se detectó cálculo y los estudios metabólicos fueron normales. La dilatación de los cálices involucionó. **Conclusiones:** La megacaliosis debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de las hidronefrosis antenatales. Los hallazgos ecográficos son característicos: cálices muy dilatados de aspecto cuboide

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MENORES DE 40 AÑOS.

Pérez Verdera P, Pérez JE, Ferro A, Zwenger A, Cruz R. Sala de Oncología Clínica. Hospital Interzonal Dr. José Penna. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El cáncer de mama es la segunda causa de muerte entre mujeres actualmente. La probabilidad de una mujer de desarrollar cáncer de mama en su vida es de 1 en 7 (13.4%). Incidencia por edad, para la edad de 30 = 1 en 2.212; para 40 años = 1 en 235; para los 50 años = 1 en 54; para los 60 años = 1 en 23. Mientras que el cáncer de seno es de menor incidencia en mujeres jóvenes, las mujeres menores de cuarenta, tienden a ser diagnosticadas de carcinomas más agresivos. Lo cual podrían explicar las tasas de sobrevida menores entre las jóvenes mujeres. Tasas de sobrevida por edad; menores de 45 años = 81%, entre 45-64 años = 85%; mayores de 65 años = 86%. **Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de cohorte de casuística de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama menores a 40 años. Fueron revisadas 2600 historias clínicas de las cuales fueron seleccionadas 43. **Objetivo:** Análisis de nuestra casuística, revisión de algunos factores de riesgo y factores pronósticos de nuestras pacientes. **Resultados:** El 4.7% de las pacientes presentaba cáncer de mama bilateral. La mayoría, más del 60 %, fueron diagnosticadas con carcinoma ductal infiltrante, más de cuatro ganglios positivos axilares metastáticos en el 14.38%, el estadio al diagnóstico preponderante fue p/c II, la mayoría de las mujeres amamanto por un periodo menor a 3 meses, consumo de hormonas anticonceptivas 22%, antecedente materno de cáncer (mama cervix útero u ovario) la mitad de las pacientes 50.2%, edad menarca la mayor mayores de 12 años, sólo una paciente se embarazó por 1 vez con más de 30 años. **Conclusiones:** El cáncer de mama en pacientes menores de 40 años es una patología no muy frecuente no obstante muy preocupante. La potencial cura de estas mujeres radica en un diagnóstico precoz. Diferenciando a aquellas pacientes con riesgo aumentado de padecer cáncer.

INCIDENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS.

Zwenger AO*, Pérez Verdera P*, Cruz R*, Ferro A*, Pérez JE* &.

*Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Sala de Oncología Clínica. & Miembro del G.O.C.S (Grupo Oncológico Cooperativo del Sur). Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta el sector de la salud pública en países desarrollados. En Argentina, como en otros países existe un subregistro de mortalidad por cáncer. **Objetivo:** Evaluar la incidencia de cáncer en pacientes menores de 40 años en el Hospital «Dr. José Penna» de Bahía Blanca.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo, de 2664 historias clínicas (HC), de las cuales 234 correspondían a pacientes menores o iguales de 40 años. Se incluyó pacientes de ambos sexos, con certificación diagnóstica histopatológico de cáncer y de diferente estirpe. El intervalo de tiempo correspondió desde 22/12/78 al 24/11/04. Para el análisis estadístico se utilizó el sistema Statistix. **Resultados:** De las 234 HC se registraron 10 casos de cánceres de cabeza y cuello (4,4%), colorectal 3 (1,3%), cuello útero 39 (17,1%) mama 44 (19,3%), mola 15 (6,6%), ovario 12 (5,3), partes blandas 13 (5,7%), pulmón 10 (4,4%), testículo 41 (18%); y la media de edad fue 34.8 (r=28-40), 27.6 (r=16-37), 34.6 (r=33-37), 33.9 (r=16-39), 33.9 (r=26-40), 27.6 (r=21-38), 27.7 (r=20-39), 26.2 (r=16-39), 33.4 (r=19-40) y 28.8 (r=17-39), respectivamente. Con respecto al sexo, 147 pacientes fueron mujeres (63.4%) y 85 hombres (36.6%). En la distribución acumulativa de ingresos a la Sala de Oncología se observa un ascenso de la curva a partir del año '91. La tendencia de ingresos vs. Edad fue ascendente en el periodo de tiempo estudiado. La mediana de sobrevida para 228 pacientes fue 492 días (mínimo <100 días, máx. 3640 días), 25% pacientes sobrevivieron menos 157 días y 75% sobrevivieron menos de 1458 días. **Conclusiones:** Los datos de incidencia de cáncer en pacientes menores de 40 años en el Hospital «Dr. José Penna» de Bahía Blanca se correlacionan con los del Atlas de Mortalidad por Cáncer en Argentina 1997-2001 y al SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) Cáncer Statistics Review, EEUU, 1975-002. La epidemiología descriptiva ha contribuido al entendimiento de las causas y la potencial prevención del cáncer. Los datos de sobrevida en cáncer pueden ser usados para convencer a los legisladores del impacto del cáncer y el potencial beneficio de la distribución de los recursos en los programas de control contra el cáncer.

MODELO ANIMAL PARA EL ESTUDIO DE LA CARCINOGENESIS COLONICA.

Gigola G, Gandini NA, Pérez JE, Berton P, Ullua N, Lang C, Oresti GM, Zwenger AO, Delmas AF, Pérez Verdera P. Universidad Nacional del Sur. Cátedra de Anátomo-Histología. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las dos terceras partes de todos los casos de cáncer podrían vincularse al hábito de fumar, dietas inadecuadas, obesidad y poca actividad física; todos estos factores modificables. Las dietas inadecuadas representan un factor cualitativamente equivalente al fumar y resultan un área muy interesante para investigar. Los estudios randomizados de nutrición son escasos porque se implementan solamente después de una considerable evidencia acumulada de estudios en animales, in vitro y observacionales, sugiriendo que un compuesto particular o grupo de nutrientes está asociado con una reducción de

riesgo de cáncer. Se han desarrollado varios modelos de carcinogénesis química con productos que, aunque no se ha comprobado que sean carcinógenos en humanos producen tumores intestinales en animales de experimentación que se asemejan histológicamente a los tumores de colon que se desarrollan en humanos. **Objetivo:** estudiar los tipos de lesiones neoplásicas de colon desarrolladas por inducción con DMH en un modelo animal para su posterior uso en protocolos de prevención de la carcinogénesis colónica. **Materiales y Métodos:** Se utilizaron 10 ratas Wistar Lewis provistas por el Bioterio del Dto. de B.B. y F. de la UNS. Se les inyectó Dimetilhidrazina intramuscular 15 mg/Kg de peso una vez a la semana durante 6 semanas. Luego de 28 semanas, los animales se sacrificaron y se realizó el estudio anatomopatológico. **Resultados:** se observaron las siguientes lesiones neoplásicas: adenoma vellosa, tubular, tubulovellosa, adenocarcinoma bien diferenciado, adenocarcinoma de células en anillo de sello. **Conclusiones:** las lesiones observadas se correspondieron en cuanto a frecuencia de aparición y características histológicas con las reportadas en la bibliografía en humanos.

ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Cruz R, Pérez Verdera P, Zwenger A, Pérez JE, Ferro A. Sala de Oncología Clínica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina

Introducción: Aunque existen múltiples y variadas definiciones sobre lo que es calidad de vida, afortunadamente cada vez existe un mayor consenso sobre la misma, siendo las más acertadas aquellas que hacen referencia a la evaluación subjetiva de la vida entendida como un todo, o la valoración de los pacientes sobre la satisfacción con su nivel de funcionamiento normal comparándolo con el que ellos creían que era posible o ideal. **Objetivo:** Evaluar el estado emocional de los pacientes de la Sala de Oncología del nuestro hospital. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Se randomizaron los primeros 31 pacientes que concurren a la Sala de Oncología. Se incluyeron pacientes de consultorio externo y tratamiento ambulatorio, de cualquier edad, sexo, tipo diagnóstico y estadio oncológico. Fueron utilizadas 7 preguntas de calidad de vida (factor emocional, EWB; 6 ítem), extraídas del cuestionario FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General Questionnaire) Spanish Versión 4. Los 6 ítem se componen de una posibilidad de respuesta de 5 puntos, las categorías van desde 0=»NADA» hasta 4=»MUCHÍSIMO». El score total tiene un máximo puntaje de 24. (0 a <8 puntos: buen estado emocional, > 0 = 8 a <16 puntos: regular estado emocional y de > 0 = 16 a 24 puntos: mal estado emocional). La pregunta 7 se evalúa con una escala numérica de 0-10 (desde NADA a MUCHÍSIMO). Resultados: Fueron anuladas 3 preguntas y no contestadas 2. Cuando se les pregunto si se sienten triste 48.3% respondieron NADA, si se sienten orgullosos como están enfrentando su enfermedad 45.1% respondió MUCHÍSIMO, si están perdiendo las esperanzas en la lucha contra su enfermedad 70.9% dijeron NADA, al preguntarles

si se siente nervioso 38.7% respondió NADA, al preguntarles si les preocupa morir 58% respondieron NADA y al preguntarles si les preocupa que su enfermedad empeore, 35.4% respondieron MUCHÍSIMO. Respecto al score 41,9% de los pacientes se correspondieron con un buen estado emocional, 51,6% a un regular estado emocional y 6,45% con un mal estado emocional. La última pregunta, cuanto diría que influye su estado emocional en su calidad de vida (su vida actual), 22,5% de los pacientes encuestados dieron un valor de 8 puntos, escala numérica de 0-10. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes de la Sala de Oncología del Hospital Interzonal «Dr. José Penna» de Bahía Blanca tienen un regular estado emocional. De acuerdo a los datos de este estudio preliminar y lo observado en la práctica clínica diaria en la esfera emocional de los pacientes que concurren a la Sala de Oncología, sugerimos realizar un estudio con mayor tamaño de la muestra.

RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL EN CANCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO. ANÁLISIS DE LA TOXICIDAD AGUDA.

Berardi F, Reyes L.

Centro Radioterapéutico de Excelencia en Oncología (CREO). Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Los pacientes con cáncer de próstata órgano confinado son candidatos a tratamiento curativo local con radioterapia conformada tridimensional, cirugía o braquiterapia, con similar eficacia terapéutica. Las toxicidades aguda y tardía en los tejidos sanos adyacentes limitan la dosis total de radiación en el volumen blanco. Mediante el tratamiento con radioterapia conformada 3D, se involucran menores volúmenes de vejiga y recto, permitiendo entregar dosis mayores de radiación en la próstata y mejorando el control local. **Objetivos:** Determinar la toxicidad aguda genitourinaria, gastrointestinal y potencia sexual con tratamiento de radioterapia conformada 3D. En segundo lugar evaluar la toxicidad tardía y eficacia terapéutica. **Materiales y Métodos:** Entre el 10/03 y el 3/05 se incluyeron 41 pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de próstata estadios clínico y patológico T1c_T3a que recibieron tratamiento con radioterapia conformada tridimensional. Del total de los pacientes, 10/41 (24 %) recibieron hormonoterapia adyuvante (HT) y 3/41 (7%) prostatectomía total. Todos los pacientes fueron localizados por una tomografía computada de alta resolución, con cortes de 3 mm de espesor en pelvis, sobre una camilla de inmovilización especialmente diseñada. Luego se realizó una simulación virtual en un sistema planificador con algoritmo de cálculo tridimensional. La marcación del CTV (clinical target volume) incluyó la próstata y las vesículas seminales en los pacientes no operados, siguiendo los nomogramas de Partin según score de Gleason, antigeno prostático específico y estadio clínico. En los pacientes operados se irradió el lecho prostático. Todos los pacientes fueron irradiados con un ALE de 15 Mev, por 6 campos conformados y un fraccionamiento diario de 1.8 Gy. La dosis total promedio fue de 76,4 Gy (68,4 / 81 Gy). El análisis de la toxicidad fue evaluado según la escala de

la RTOG (Radiotherapy oncology group), La potencia sexual según escala del Mount Sinai medical center de New York.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 68,4 años, la toxicidad genitourinaria grado 0 fue de 7.3 % , grado 1/2 , 89 % , grado 3 , 2,4 % (1/41) grado 4 no hubo la toxicidad gastrointestinal grado 0 , 58% , grado 1 / 2 38 % grado 3 , 2,4% y grado 4 no hubo . Mantuvo la potencia sexual el 64 % de los pacientes, mientras que el 36 % de los pacientes presentaron algún grado de impotencia .En el análisis de los pacientes que realizaron HT adyuvante no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a toxicidad aguda genitourinaria grado 1/2 90%, y gastrointestinal grado 0 / 1 el 100% de los pacientes. **Conclusiones:** La radioterapia conformada tridimensional disminuye en forma significativa la probabilidad de toxicidad aguda grave (grado 3/4) en la vejiga y recto utilizando dosis mayores a 75 Gy .Nuestra serie presenta resultados comparables a los publicados en la literatura.

FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO EN NIÑOS.

Lucero M, Sanchez S, Tulli A.

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivos: Analizar 25 pacientes con fracturas de tercio distal de radio, desplazadas y anguladas, reducidas en forma incruenta y cruenta. Enfatizar el potencial de remodelación del callo de fractura en el corto y mediano plazo. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo, de 25 pacientes con fracturas de tercio distal de radio, todas ellas unilaterales, asociada con fracturas de tercio distal de cubito, tratadas en este hospital, en el periodo comprendido entre enero y julio de 2003 y con un seguimiento de 15 meses. **Resultados:** Se estudiaron 25 pacientes con fractura de tercio distal de radio, de los cuales el 80% corresponden al sexo masculino y el 20% al femenino, cuyo rango etario comprendido entre 6 a 12 años; el 72% correspondió al miembro derecho, y el 28% al izquierdo, con un porcentaje de afección de mano dominante del 60%. En todos los casos evaluados fueron fracturas cerradas, desplazadas y anguladas. El tratamiento seleccionado dependió según el tipo de fractura, el tiempo de injuria de la disponibilidad del material de osteosíntesis y de quirófano. En el seguimiento de 15 meses, se evaluó el gran potencial de remodelación del callo de fractura, de acuerdo a diversos grados de desplazamiento postreducción, con correcciones fisiológicas a corto y mediano plazo. **Conclusiones:** Las fracturas de tercio distal de radio en niños es una patología traumática muy frecuente, que requiere de un tratamiento precoz y eficaz, para minimizar complicaciones relacionadas con la evolución y planificación terapéutica. Se describen los tratamientos realizados, evoluciones y seguimientos de los casos.

FRACTURA SUPRACONDILEA EN PEDIATRÍA.

Lucero M, Sánchez, S, Tulli A.

Servicio de Ortopedia y Traumatología - Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivos: Se analizaran 35 pacientes con fracturas supracondíleas de humero en niños, estableciendo la incidencia de fracturas, tipos de fracturas, sexo y edad del paciente, tratamientos utilizados (cruento e incruentos), evolución y seguimiento de los mismos. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo, de 35 pacientes con fracturas supracondíleas de humero en niños, rango de edad entre 6 y 10 años tratadas en este hospital, que requirieron hospitalización, en el periodo comprendido entre enero y julio de 2003, y con un seguimiento de 12 meses. **Resultados:** Del total 35 pacientes con fractura supracondíleas de húmero, el 77,15% corresponden al sexo masculino y el 22,85% al femenino, cuyo rango etario

comprendido de 6 a 10 años; el mecanismo de lesión fue caída sobre el miembro en extensión (92%) y flexión (8%), en todos los casos fueron fracturas cerradas, el 65% correspondió al miembro superior derecho (miembro dominante) y 34% al izquierdo. La clasificación empleada según el desplazamiento de los fragmentos es la de Gartland, donde el 80% correspondió al tipo III, el 15% al tipo II y el 5% al tipo I. El tratamiento seleccionado dependió según el tiempo de evolución de la injuria, tipo de fractura, se trataron en forma incruenta el 20% de los casos con reducción extemporánea e inmovilización yeso braquiplamar. El tratamiento cruento se realizó en el 80% de los casos, 92% (reducción extemporánea y osteodesis percutánea) y el 8% (reducción abierta y fijación interna). Las fracturas consolidaron en un promedio en 4-6 semanas, se presentaron dos casos (5%) de infección de herida quirúrgica. El tiempo promedio de fisioterapia empleado fue de 4 semanas con un 97% de resultados satisfactorios, y solo un caso requirió de 6-8 semanas, con recuperación ad.integrum de la función del miembro afectado. **Conclusiones:** Las fracturas supracondíleas de humero en niños son muy frecuentes, el tiempo de instaurar el tratamiento precoz adecuado, a cada caso, es el primer factor a tener en cuenta para planificar el tratamiento. El tratamiento cruento con enclavijado percutáneo es una excelente opción, con buenos resultados a corto y largo plazo, y con un mínimo de complicaciones (lesión neurovascular).

FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO CONMINUTA TRATADA CON OSTEOSÍNTESIS PERCUTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Vallejo L, Lucero M.

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las fracturas del tercio distal de muñeca son una de las patologías más frecuentemente observadas en traumatología. Estas predominan tanto en la infancia como en la edad adulta, siendo más discapacitantes en esta última. Se analiza un caso de una fractura conminuta intrarticular de muñeca. **Objetivos:** Evaluación de un caso con fractura conminuta intrarticular de muñeca, su evolución y seguimiento en el último año. **Materiales y Métodos:** Se presenta un caso con fractura de muñeca, tratada con osteosíntesis. Debido a la rareza de la fractura, la no inclusión de la misma en una clasificación convencional **Resultados:** se mantuvo con clavijas por 30 días y yeso BP, luego del cual se dejó en ABP otros 15 días. Se indicó kinesioterapia y fisioterapia. **Conclusión:** Se logró consolidación del foco fracturario, a expensas de una limitación en la movilidad articular y de una deformidad en el extremo distal de la muñeca. Debido a la gravedad, rareza, falta de inclusión en una clasificación convencional se presenta el siguiente caso.

FRACTURAS TIBIALES.

Lucero M, Giuliano G, Casini L, Vallejo L, Gallina M, Tulli A. Ramallo A.

Servicio de Ortopedia y Traumatología - Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las fracturas de tibia son una de las fracturas que con mayor frecuencia se presentan en pacientes politraumatizados, accidentes de tránsito e impactos de alta energía. En nuestro trabajo se incluyen las fracturas metafisodiales de tibia tratadas en nuestro hospital en el período comprendido entre Julio de 2004 y Julio de 2005.

Objetivos: Cuantificar el número de casos dentro del período en estudio, y concluir datos sobre la incidencia de fracturas abiertas y cerradas, sexo del paciente, tratamientos utilizados, evolución, y seguimiento de pacientes que requirieron hospitalización.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, de 35 pacientes con fracturas metafisodiales de tibia, unilaterales, abiertas y cerradas, que requirieron hospitalización. Se excluyeron fracturas de meseta tibial y pilón tibial.

Resultados: Se trataron 35 pacientes con fractura metafisodiales de tibia, de los cuales el 85,71% (30) corresponden al sexo masculino y el 16% (5) al femenino, cuyo rango etario comprendido de 18 a 70 años; el 54,28% (19) correspondió a fracturas cerradas y el 45,71% (16) a fracturas abiertas, de las cuales el 62,5% (10) fueron de grado I y el 37,5% (6) fueron grado II según la clasificación de Gustilo- Anderson, en ningún caso se presentó fracturas abiertas grado III. El 51,42% (18) correspondió al 1/3 medio, el 34,28% (12) al 1/3 inferior y el 14,28% (5) al 1/3 proximal. El 82,25% (29) se asoció con fractura de peroné, mientras que sólo el 17,14% (6) fueron fracturas puras de tibia. La planificación del tratamiento seleccionado dependió según la estabilidad, desplazamiento, mecanismo causal, lesiones de tejidos blandos asociadas, estado neurovascular y edad del paciente, de la disponibilidad del material de osteosíntesis y de las posibilidades tanto del servicio como del hospital.

Conclusiones: Las fracturas Tibiales se encuentran asociadas en su mayoría a accidentes de tránsito, vinculados a impactos de alta energía. Se cuantificó el número de casos, incidencia de fracturas abiertas y cerradas, tratamientos utilizados, evolución, y seguimiento de pacientes que requirieron hospitalización en el período comprendido en estudio.

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA Y SHOCK HEMORRÁGICO EN PEDIATRÍA.

Díaz V, Digiglio R, Erb A, Garat C, Groselli M, Peluffo G, Gallez I.

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

Introducción: El síndrome de encefalopatía y shock hemorrágico (SESH) se caracteriza por comienzo súbito con shock severo, fiebre, diarrea, hemorragia, convulsiones y coma. En pruebas de laboratorio se observa coagulación intravascular diseminada con daño renal y hepático. Se describe un caso con diagnóstico presuntivo de SESH en pediatría. **Caso Clínico:** Paciente de 2 meses de vida, sano, comienza con fiebre 24 horas previas al ingreso. Presenta un estado de shock, es reanimado en la sala de emergencia y derivado a UTIP. Ingresó con sensorio alternante, hipertónico e hiperrefléxico, fontanela hipertensa, hipotenso, taicárdico y taquipneico, luego sangrado digestivo y por sitios de punción. Laboratorio de ingreso: Hto 22%; glucemia 0,10 gr/l; uremia 0,91 gr/l; calcemia 6,3 mg%; sodio 149 meq/l; potasio 5,8 meq/l; EAB pH 7,08/pCO₂ 53/pO₂ 86/Bic. 15,1/EB -14,9/sat. 92,1%, TP 16 seg; CP 40%, KPTT 56 seg; Plaquetas 19.300/mm³; CPK 24.600; CPK MB 5250; ECG normal; LCR normal; Amonio 157; Orina densidad 1015; pH 5,5; Hb +++; proteínas +++. Se realiza expansión, corrección de la hipoglucemia, se policultiva y medica con antibióticos y tratamiento de la coagulopatía. Sigue a las 72 hrs del ingreso con actividad motora anormal, TAC de cerebro con retracción de la corteza frontoparietotemporal. Requiere oxígeno por 6 días. Normalizó el laboratorio. Actualmente sin sostén cefálico, con desviación de la mirada a la derecha y con hipertensión de los cuatro miembros. **Discusión:** En 1983 Levin y col., del Hospital de Niños de Londres, describieron una serie de 10 niños que habían padecido shock hemorrágico y encefalopatía, un nuevo síndrome. Esta entidad clínica es infrecuente. No se ha identificado la causa, sólo en algunos pacientes se detectó ARN de rotavirus en sangre y LCR. Es necesario diferenciar este síndrome de la sepsis, shock tóxico, síndrome de Reyé y síndrome urémico hemolítico. Se caracteriza por el rápido establecimiento de un cuadro de shock, fiebre, convulsiones y coma seguido de coagulación intravascular diseminada, diarrea, acidosis y disfunción hepatorenal, en niños de 2 a 10 meses de edad. A pesar de los cuidados intensivos, la tasa de mortalidad es muy elevada y en los sobrevivientes quedan graves secuelas neurológicas. Es una causa inusual de shock y los terapeutas pediátricos deben estar alertados acerca de esta entidad y debería ser una enfermedad reportable para conocer los factores de riesgo e incidencia.

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ASOCIADO A CAMPYLOBACTER.

Alconcher L, Garat C, Teplitz E, Martorelli J, *Tafetani M. Servicio de Pediatría y *Laboratorio del Hospital Italiano Regional del Sur. Bahía Blanca.

Introducción: La *E. Coli* O157-H7 es el germen responsable de la mayoría de los casos de síndrome urémico hemolítico (SUH) asistidos en nuestro país. Otros gérmenes implicados en el desarrollo de esta enfermedad son *streptococo*, *shigella*, *salmonella*, *yersinia* y varios virus. Se describe un caso fatal de SUH asociado a campylobacter. **Caso clínico:** Paciente de 23 meses eutrófico, con hipertermia, vómitos y diarrea mucosanguinolenta, deshidratado con abdomen globoso y doloroso. Laboratorio de ingreso Hto 37% Hb 12,2 gr% GB 40600/mm³ Plaquetas 63000/mm³ pH 7,34 bic. 15,4 meq/l EB -8,2 Uremia 1,10 gr/l Orina densidad 1030 pH 6 proteínas +++ sangre -. Los diagnósticos presuntivos fueron invaginación, deshidratación, sepsis y SUH. Se indica hidratación parenteral y antibióticos endovenosos. Ecografía abdominal: riñones aumentados de ecogenicidad, asas intestinales con aumento del grosor de la pared, sin signos de invaginación. A las 12 hrs el estado general se agrava, con sensorio alternante, convulsiones, hipertensión y mirada fija. Laboratorio: Hto 25%; Hb 8,5 gr%; crenados abundantes; GB 33300/mm³; Plaquetas 30000/mm³; uremia 1,17 gr/l; creatinemia 2 mg%; pH 7,30; bicarbonato 14,1 meq/l; EB -10; TGO 119 u/l; TGP 115 u/l. Con diagnóstico de SUH se inicia diálisis peritoneal de urgencia, al hacer la ascitis sale abundante líquido sanguinolento, se interrumpe el procedimiento, ingresa a quirófano donde se observa compromiso isquémico de todo el colon. Se realiza colectomía total. Se coloca catéter para iniciar hemodiálisis. Pasa a UTIP y durante la diálisis fallece. Directo de materia fecal: campo cubierto de hemáties. Abundantes campylobacters. ELISA *E. coli* O157-H7 en materia fecal y en caldo de Mc Conkey: negativo. ELISA toxina shiga like 1 y 2 de *E. coli* O157-H7 en materia fecal y caldo de Mc Conkey: negativo. Coprocultivo para shigella, salmonella y *E. coli* negativo. **Conclusiones:** De 342 SUH registrados en Bahía Blanca, es el único en el que se detectó campylobacter. Si bien el campylobacter frecuentemente se encuentra en materia fecal y podría estar asociado a la *E. coli* O157-H7, en esta paciente la *E. coli* se había descartado. La fuente más importante de contagio es el pollo. La presentación es proteiforme y el tratamiento discutido. El lavado de manos sigue siendo la principal forma de evitar la contaminación alimentaria.

TUMOR DE WILMS ASOCIADO A HIPOGLUCEMIA.

Barros Contreiras S, Marzialetti M, Arnedo M, Caferrri H. Sala de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El Tumor de Wilms es el tumor renal maligno primario más frecuente en pediatría. Edad media de diagnóstico es de 40. Las características histológicas del Tumor de Wilms son los factores pronósticos más importantes. La resolución inicial es quirúrgica y luego quimioterápica. **Objetivo:** Presentar un caso de Tumor de Wilms con hipoglucemias y trastornos de la coagulación. **Materiales y Métodos:** Paciente de 2 años, sexo femenino. Al ingreso presentaba una masa ecogénica de 73 mm de diámetro a nivel renal. Se realiza TAC confirmatoria. Hipoglucemia de 25 mg%, hipokalemia de 2,4 mEq/l. Registraba hipertensión arterial. Los dos diagnósticos más probables fueron: Tumor de Wilms o Neuroblastoma. El ácido vainillín mandélico en orina fue 0,38 mg% (normal Hasta 0,50 mg%). Se realiza la nefrectomía cuya anatomía patológica dio Tumor de Wilms bifásico pT1 pN0 Mx. Recibe quimioterapia. A los 4 meses del diagnóstico en el control aparecen dos masas en lecho renal izquierdo. Reaparece hipoglucemia y un déficit de coagulación. Queda imposibilitada la cirugía por la presencia de un sangrado profuso apenas se tocaba el tumor. Debió recibir crioprecipitados y plasma fresco, la glucemia se mantenía en valores hipoglucémicos a pesar de flujos altísimos de glucosa. Fallece a los 4 meses del diagnóstico, tras una exéresis inicial total, quimioterapia, con pronóstico inicial histopatológico favorable. Recidivando. Complicándose con una coagulopatía y una hipoglucemia inmanejables. **Conclusiones:** El hipermetabolismo tumoral sería la causa de la hipoglucemia presentada por la paciente. Esta presentación busca mostrar que la hipoglucemia se asocia al tumor de Wilms, no habiéndose encontrado en la búsqueda bibliográfica esta asociación hasta el momento.

ARTRITIS SÉPTICA CON ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL, COEXISTENCIA O DISPARADOR DE LA PATOLOGÍA.

Marzialetti M, Montero Carrion J, Castell E, Meo M. Sala de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Objetivo: Presentar una Artritis Séptica de rodilla, posterior a un traumatismo con diagnóstico posterior de artritis reumatoidea juvenil. **Caso Clínico:** Paciente de 3 años. Sufre un golpe en la rodilla derecha. La inmovilizan con un yeso por 3 semanas, sin mejoría clínica deciden derivarla. Presentaba impotencia funcional en flexión, un laboratorio con Coagulación normal, PCR +++++. GB 14300 (48/1/0/49/2), ERS 90 mm/h. Traumatología realiza el debridamiento, cultivo de líquido articular con regular cantidad de leucocitos y escasos hematíes, positivo para staphylococcus coagulasa negativo sensible a cefalosporina de primera, la RNM informa engrosamiento del cartílago sinovial, con tabiques. Persiste con la clínica a pesar del tratamiento. Se repite PCR 27,2 mg/l. ERS 105 mm/h., se interconsulta al reumatólogo. El examen oftalmológico no presenta uveítis. Un nuevo cultivo intraarticular es positivo para enterobacter sensible a ampicilina y estafilococo sensible a TMS/SMX. Un nuevo laboratorio ERS 86 mm/h, PCR 33 mg/l, FAN +. Persiste la

inflamación, se interconsulta a insectología, decide rotar a vancomicina, termina el tratamiento con teicoplanina. Actualmente por reumatología el tratamiento es con naproxeno, metotrexate y deltisona ya que la enfermedad que de inicio era monoarticular se transformó en una artritis idiopática de la infancia oligoarticular extendida por afectarse ahora las articulaciones de la rodilla derecha, ambos tobillos y la interfalange del 3er dedo del pie izquierdo. **Materiales y Métodos:** Bibliografía de pediatría infectología y reumatología, ínter consulta a especialistas. **Conclusiones:** En este caso una artritis séptica de rodilla desencadenó una ARJ.

TRASTORNOS DEGLUTORIOS EN NIÑOS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.

Tombesi M, Ditondo J, Coletti MR, González M, Marconi R. Hospital Interzonal Dr José Penna. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Los trastornos deglutorios conllevan alto riesgo de mortalidad, desnutrición e infecciones pulmonares. La videofluoroscopia (VFC) permite la correcta evaluación de las distintas fases deglutorias. **Objetivo:** Determinar el porcentaje de niños con trastornos respiratorios que presentaron alteraciones deglutorias en la VFC. **Materiales y Métodos:** Entre Julio de 2004 y Agosto de 2005 se evaluaron 91 niños con síntomas respiratorios, 41 niñas, 50 varones. La edad fue de 15 días a 9 años, con mayor frecuencia entre 6 y 24 meses. Los criterios de inclusión: obstrucción bronquial persistente, internaciones por neumonía recurrentes, tos crónica, estridor, apneas, ALTE, detención ponderal. Fueron evaluados por la Unidad de Fonoaudiología, se estudió la deglución con VFC con material de contraste líquido y/o semisólido, dependiendo de la edad y condición clínica del paciente. De los pacientes asistidos, 31 eran clínicamente normales, 16 neurológicos, 26 asistidos en alto riesgo, 9 sindrómicos y 9 con otros diagnósticos. Los trastornos deglutorios se clasificaron en: alteraciones de la primera, segunda y/o tercera etapas, con o sin retención en valéculas, pasaje a tráquea. Resultados: de 91 niños, 22 evidenciaron VFC normales, 25 RGE y 44 pacientes (48%) trastornos de deglutorios (1,2, y 3 etapa de la deglución). De estos 44 pacientes, 22 tenían RGE asociado y en 13 de estos casos no se evaluó reflujo por presentar aspiración, De los 44 pacientes 10 eran normales, 15 tenían afección neurológica, 9 sindrómicos, 8 de alto riesgo y 2 de otras patologías. Presentaron alteración en 1 y 2º tiempo 7 pacientes, 9 tuvieron alteración del tercer tiempo con retención de material de contraste en valécula y 28 con pasaje a tráquea. **Conclusiones:** El 48% de los niños con trastornos respiratorios presentaron alteraciones deglutorias en la VFC, de los cuales el 23% fueron pacientes sin patología neurológica/sindrómica ni de alto riesgo asociado.

TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO NO ACCIDENTAL.

Saravia E, Donari J, de Lasa M, Salas M. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las lesiones por traumatismos son las causas más frecuentes de muerte en la niñez y la injuria encéfalo craneano es la causa más común de muerte por trauma en lactantes. El término de «Síndrome del bebé sacudido en latigazo» ó «Shaken Baby» explica la constelación de hemorragias subaracnoidea, subdural y retinianas y fractura metafisarias tipo tracción. Éste se restringe a niños menores de 3 años y con mayor frecuencia a menores de 1 año. La desaceleración brusca acompañada de golpe de la cabeza contra una superficie es la responsable de todas las injurias severas de cerebro provocadas. Los estudios de los mecanismos del daño cerebral han establecido que las fuerzas aplicadas a la cabeza resultan de la rotación del cerebro sobre su centro de gravedad, causando injurias cerebrales difusas. No existen signos ni síntomas específicos o patognomónicos. Se debe sospechar a partir de una buena historia clínica, relacionando el episodio relatado con la capacidad madurativa del niño y un examen físico exhaustivo.

Objetivos: Presentar dos casos clínicos con Traumatismo Encéfalo craneano no accidental donde los padres no relatan el episodio. Alertar al personal de salud sobre las manifestaciones clínicas y cuando sospecharlo. **Casos clínicos:** 1) Paciente de 4 meses que ingresa a UTIP por hipotonía, hiporeactividad, pausas respiratorias y hematomas cutáneos. El padre del paciente, quien estaba a cargo del niño, no refirió ningún antecedente patológico. Se realiza intubación, tratamiento de sostén hemodinámico. También se realiza TAC, fondo de ojo que informan hemorragia retiniana y cerebral. Ante la sospecha de «Síndrome del bebe sacudido» se solicita intervención judicial correspondiente. El niño es dado de alta hospitalaria, presentando secuelas neurológicas y pérdida de la visión en forma permanente; 2) Paciente de 5 meses de edad que consulta a la guardia por presentar rechazo al alimento de 24 horas de evolución. Mientras es examinado, comienza con convulsiones tónico-clónicas inicialmente focalizadas que luego se generaliza. Al examen físico presenta fontanela llena, resto del examen sin particularidad. Se interna en sala de pediatría, se realiza hemocultivo, urocultivo y Líquido Cefalorraquídeo, que se informa normal. También, se realiza Tomografía Axial Computarizada Cerebral, que informa hematoma subdural bifrontal subagudo crónico y se decide intervención quirúrgica. Fondo de ojo: cuatro hemorragias retinianas en ojo derecho. **Conclusiones:** Ante la sospecha de «Síndrome del bebe sacudido», el niño debe ser internado para su atención hospitalaria y eventualmente cumplimentar con los procedimientos legales necesarios para la protección del niño. La habilidad del médico para reconocer las características de este cuadro son de suma importancia para proteger al niño.

INFECCIONES URINARIAS EN PEDIATRÍA: RESISTENCIA ANTIBIÓTICA.

Dolcemáscolo N, García C, González L, Haag N, Pettinari P, Razuc G, Rizzo M.
Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca.

Argentina.

Objetivos: a) Determinar la distribución de agentes etiológicos en los urocultivos positivos de pacientes pediátricos no nefrópatas. b) Evaluar el perfil de resistencia de los gérmenes más frecuentemente hallados. **Materiales y Métodos:** Se analizaron los urocultivos efectuados a pacientes pediátricos (menores de 16 años) asistidos por consultorio externo desde enero de 2000 a julio de 2005. Las muestras fueron recolectadas por las técnicas de chorro medio y punción suprapúbica y procesadas por los métodos convencionales. El antibiograma se realizó por el método de Kirby Bauer (técnica por difusión en medio sólido). Resultados: Se analizaron 3371 urocultivos hallándose 932 (28%) con resultado positivo. De éstos 698 (74.9%) correspondieron a pacientes no nefrópatas. Dentro de este grupo el patógeno más comúnmente hallado fue *Escherichia coli* (78.8%). Otras enterobacterias aisladas con frecuencia fueron: *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp* y *Serratia spp* (grupo KES) (5%), especies pertenecientes a la tribu proteae (5.4%) y *Citrobacter spp* (0.6%). También, se aislaron *Staphylococcus aureus* (0.7%), *Staphylococcus coagulasa negativo* (6%), *Enterococcus spp* (0.3%), *Candida spp* (0.2%) y bacilos gram negativo no fermentadores (2%). Los perfiles de resistencia hallamos en Tabla 1. **Conclusiones:** *Escherichia coli* es el germen más frecuentemente hallado. Se observan moderado nivel de resistencia a cefalotina y trimetoprimasulfametoxazol y además bajo nivel de resistencia a nitrofurantoina. No se observa resistencia a cefalosporinas de 3ª generación. Las cepas de *Pseudomonas aeruginosa* fueron altamente sensibles a cefalosporinas de 3ª generación con acción antipseudomonal y a amino glucósidos.

Tabla 1

Antibiótico	<i>E. coli</i>	<i>Enterobacter spp</i>	<i>Klebsiella spp</i>	<i>Proteus spp</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
ampicilina	55.6	resistencia natural	resistencia natural	32.2	-
cefalotina	34.9	76.9	21.0	19.3	-
nitrofurantoina	2.6	23.0	9.5	resistencia natural	-
trimetoprima sulfametoxazol	35.7	30.8	15.8	20.7	-
ampicilina sulbactama	13.1	71.4	11.7	7.7	-
cefixima	0	0	0	0	-
cefoperazona	-	-	-	-	0
ceftazidima	0	0	0	0	0
gentamicina	8.9	0	0	44.4	0
amikacina	0	0	0	0	0

ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.

de Lasa M, Albizu M, Barros Contreiras S, Martínez Iriarte N, Buschiazzo R.

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

Introducción: Los errores innatos del metabolismo (EIM) son un conjunto de enfermedades causadas por una mutación genética que tiene como efecto la producción de una proteína anómala con alteración del funcionamiento fisiológico de la célula. Puede producirse un acumulo del sustrato no

metabolizado, o la aparición de sustancias producidas al metabolizarse dicho sustrato por vías alternativas o fenómenos derivados por la menor formación o falta del producto final. **Objetivos:** Presentar dos casos clínicos de trastornos innatos del metabolismo, con diagnóstico tardío y cuando el pediatra debe sospechar una enfermedad metabólica. **Casos Clínicos:** paciente de 2 años que ingresa a la sala por trastorno del sensorio de presentación aguda. Con el antecedente de vómitos alimentarios recurrentes y letargo posterior a éstos. Al ingreso presento signos bioquímicos de insuficiencia hepática, aumento de Acido láctico en plasma e hiperamonemia. Con diagnóstico presuntivo de encefalopatía hepática y enfermedad metabólica. Recibe tratamiento para insuficiencia hepática. No presento mejoría clínica, falleciendo al segundo día de internación. Paciente de 8 meses que ingresa a UTIP con signos de insuficiencia cardíaca y hepática, con hepatomegalia indurada y trastorno del sensorio. Antecedente de cuadro gastroenteral los 10 días previos. Al ingreso presento hiperlipidemia e hiperamonemia. Ecocardiograma: Miocardiopatía hipertrófica con dilatación y depresión de la función del ventrículo izquierdo. Con diagnóstico presuntivo de enfermedad metabólica. Recibe tratamiento con carnitina, específico para insuficiencia cardíaca y hepática, además de antibióticos. A pesar de la mejoría cardiovascular y neurológica al comenzar el tratamiento, el paciente fallece al cuarto día de internación. **Conclusiones:** El primer paciente de sexo femenino manifestó síntomas recurrentes de vómitos y letargia. Asociados a niveles elevados de amonio plasmático y Acido Orótico urinario. Estos son criterios para el diagnóstico de trastorno del ciclo de la urea, por déficit de Ornitina transcarbamilasa (herencia dominante ligada al X). En el segundo paciente el diagnóstico presuntivo fue un trastorno en la Beta Oxidación de los ácidos grasos. Comprobándose por espectrometría de masa en tandem, marcado aumento de Acil-carnitinas de cadena larga y muy larga (herencia autosómica recesiva). Los EIM están subdiagnosticados y es importante que el neonatólogo y pediatra tengan presentes las enfermedades hereditarias metabólicas para iniciar en forma precoz un diagnóstico y tratamiento adecuado.

SINDROME DE BOERHAAVE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Wallace W, Real C, Bernardis V, Sola C, Pintos H, Pendino L, Zuain M.

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

Introducción: La perforación esofágica o Síndrome de Boerhaave es una entidad poco frecuente. Se define como la rotura del esófago no relacionada con traumatismos, exploraciones quirúrgicas, patología esofágica previa o cuerpos extraños. Independientemente de su mecanismo, se considera como la más grave del tracto digestivo. Si su diagnóstico y reparación quirúrgica se retrasan el pronóstico empeora significativamente. Las manifestaciones clínicas de la perforación esofágica espontánea son poco específicas, por lo que no suele incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor torácico agudo y es habitual que se detecte post-mortem. La afectación principal es a nivel del mediastino, donde el contacto con el contenido gástrico puede conducir a infecciones polimicrobianas potencialmente letales. **Caso Clínico:** Paciente de 54 años, previamente sano, que 24 horas previas al ingreso tras la ingesta copiosa de alimentos, comienza con episodios de vómitos intensos. Posteriormente presenta dolor abdominal, por lo que consulta y es internado y medicado con antiespasmódicos, analgésicos y antieméticos; el dolor cede en forma parcial y temporaria, presentando minutos después dolor más intenso, abdominal y torácico. Horas más tarde, presenta dificultad respiratoria progresiva decidiéndose su derivación a nuestro Hospital. Ingres a Emergencias en mal estado general, con cuadro de insuficiencia respiratoria, deterioro del sensorio, e inestabilidad hemodinámica, inmediatamente pasa a UTI donde se realiza intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. Se realiza reanimación con cristaloides y soporte inotrópico. La Rx de ingreso constataba neumomediastino y neumotorax. Durante toda su internación permanece con criterios de Fallo Orgánico Múltiple, por lo que se realiza monitoreo hemodinámico y hemodiálisis. A las cuatro horas de ingreso se arriba al diagnóstico de Síndrome de Boerhaave. Ingres a quirófano, donde se realiza toracotomía, rafia de la solución de continuidad, colocación de tubos de drenaje y esofagostomía cervical. Seis días después el paciente fallece como consecuencia de mediastinitis. **Conclusiones:** El Síndrome de Boerhaave es una entidad grave, con una alta tasa de morbimortalidad, que requiere un diagnóstico y tratamiento tempranos. Los médicos de emergencias deberían tener presente éste síndrome para facilitar el diagnóstico precoz. En la bibliografía consultada, el diagnóstico generalmente presenta un retraso de al menos 24 horas, que influye en el pronóstico debido a la tardanza del inicio de tratamiento. El esofagograma es el único estudio que brinda diagnóstico de certeza, ya que tanto la TAC como

la Rx simple pueden ser normales al ingreso.

SHOCK CARDIOGENICO POR INJURIA MIOCARDIA NO ISQUEMICA, MIOCARDITIS?

Real C*, Sola C*, Wallace W*, Pendino L*, Bernardis V*, Zuain M*, Calvo A*, Etchandi M,** Estebanez M**.

*Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». **Servicio de Unidad Coronaria. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Objetivo: Presentar un caso compatible con miocarditis, con manifestaciones clínicas poco frecuentes, fácilmente confundible con síndrome coronario agudo. **Caso Clínico:** Hombre de 49 años, ex tabaquista, que presentó una semana previa, dolor epigástrico, irradiado a miembro superior izquierdo, de una hora de duración. Repitió dolor en tres oportunidades mientras dormía, motivo por el cual consultó al servicio de guardia, donde se le administró ácido acetilsalicílico (AAS) y dinitrato de isosorbide sublingual. El dolor cedió. Al ingreso presentaba CPK 1829 y LDH 940. ECG: BCRI, supradesnivel del ST en todas las derivaciones. Se interna en UTI. Se interpreta como síndrome coronario agudo. Fue medicado con atenolol, AAS, y heparina sódica en dosis anticoagulantes. Evolucionó con shock cardiogénico. Ecocardiograma: hipocinesia global de VI, función sistólica deprimida severa. Se suspenden B bloqueantes, se coloca catéter de Swan-Ganz, que arroja valores hemodinámicos de shock cardiogénico. Evoluciona con leve mejoría clínica manteniendo elevadas la CPK y la LDH; con requerimientos de inotrópicos. Al tercer día desarrolló trastornos arrítmicos con descompensación hemodinámica que requirió la colocación de marcapaso transitorio y ARM. Se deriva a Hospital Privado del Sur. Ingresó, con parámetros de shock y trastornos arrítmicos refractarios a cardioversión. Ecocardiograma de iguales características al anterior. Se realizó CCG que no evidenció patología coronaria. Se interpretó como shock cardiogénico por injuria miocárdica aguda no isquémica, probable miocarditis (sospechado por clínica, ECG y laboratorio). Se instaló terapéutica inotrópica con control hemodinámico invasivo y colocación de balón de contrapulsación intraaórtica. Ingresó en plan de emergencia para trasplante cardíaco. Evolucionó inestable, falleció a los 7 días de internación. **Conclusiones:** Presentamos este caso con el objetivo de remarcar como diagnóstico diferencial, de la patología coronaria aguda, a la miocarditis. A diferencia de lo publicado como frecuente, la severidad de presentación marcó la mala evolución. Sospechamos la posibilidad de subdiagnóstico de esta entidad al no disponer de CCG y biopsia endomiocárdica en el hospital.

INTOXICACIÓN CON ASPIRINA.

Pendino LF, Wallace WA, Real C, Sola CA, Bernardis V, Arias OA, Venafri R.

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

Introducción: Resulta tan familiar contar con una caja de aspirina en casa, que su uso doméstico y por lo tanto su abuso resulta cotidiano. Es tan fácil conseguir este medicamento y tanta la confianza que se ha ganado entre la población, que paradójicamente se ha convertido en uno de los medicamentos más peligrosos, capaz de producir enfermedades graves que pueden llegar incluso a comprometer la vida o dejar daños permanentes. La Aspirina es una de las causas más frecuente de intoxicación por medicamentos en niños como adultos en todo el mundo. Anualmente se reportan 10 mil casos de intoxicación por Aspirina en los Estados Unidos. Sobre 13199 consultas toxicológicas en la provincia de Buenos Aires, 3961 por intoxicación medicamentosa y 176 fueron por Ácido Acetil Salicílico (AAS), el servicio de Toxicología Provincial asiste aproximadamente 20 casos por año por sobredosis de AAS en adultos, lo que obedece a la ingesta accidental o bien a una sobredosis. Pueden aparecer cuadros de intensidad moderada o grave en todos aquellos adultos que hayan ingerido más de 10 gr. (20 comprimidos de 500 mg.).

Objetivos: Presentar un caso de intoxicación por aspirina, patología de baja incidencia en nuestra población adulta y primer caso diagnosticado en nuestro hospital. **Materiales y**

Métodos: Se realizó búsqueda de motivos de ingreso por intoxicación por aspirina en historias clínica de UTI en el período entre el 01/01/2000 al 01/08/2005. Solo se encontró un paciente de sexo masculino, de 38 años de edad, con antecedentes de alcoholismo, que había sido internado en otro hospital por cuadro de abstinencia alcohólica y convulsiones, por lo cual fue tratado y es dado de alta. En su domicilio presenta pérdida de la conciencia y es traído a la guardia donde se deriva a UTI en coma, Glasgow de ingreso 3/15. Como antecedentes sus familiares refieren que es un consumidor de 4 a 6 comprimidos de aspirina por día y que días previos por cefalea ingirió alrededor de 20 comprimidos.

Resultados: Ingresa a UTI por deterioro del sensorio y de la función respiratoria, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Se realiza TAC de encéfalo donde no se evidencia patología estructural. Se constata en el laboratorio de rutina acidosis metabólica con anión gap aumentado, leucocitosis y hemoconcentración, alteraciones en el coagulograma. Se sospecha cuadro de intoxicación por alcohol etílico?, salicilatos? Se solicita dosaje de los mismos. Test rápido de salicilato positivo por lo cual se pidió cuantificar, la Salicilemia fue de 47,7 gr/% (mayor de 30 gr% es muy tóxico y entre 45-75 gr% alto riesgo de muerte). Valores normales de Ácido láctico 0,6 mmol. Se inició tratamiento con hiperhidratación y corrección de trastorno del equilibrio ácido-base que requirió el uso de bicarbonato de sodio, ingreso en ARM por deterioro del sensorio en la que permaneció por 3 días, se indico tratamiento anticonvulsivantes, recibió el alta al sexto día.

Conclusiones: La intoxicación por aspirina es una patología grave que requiere internación en UTI. Los datos clínicos y las pruebas complementarias fueron categóricas para el diagnóstico. El tratamiento instaurado logró una evolución

favorable en el paciente. Este caso nos pareció relevante por su baja frecuencia en nuestro servicio, ya que siendo una unidad polivalente y sobre un total de 3298 ingresos en el período entre el 01/01/2000 y el 01/08/2005 sólo se presentó el citado caso.

Índice de Autores

AMBB - Comunicación Oral / Poster / XIII Jornadas Científicas del Hospital Intezonal Dr. José Penna. Año 2005

Agriello E	129, 130	Devescovi M	130
Agriello M	129	Di Paolo D	129
Albizu M	148	Di Paolo H	130
Alconcher L	139, 139, 139, 140, 146	Di Pino P	139
Andre S	124, 124, 125	Díaz V	146
André SN	124	Digiglio R	146
Arias OA	150	Ditondo J	147
Arias Ondicol N	135	Dolcemáscolo N	125, 132, 148
Arnedo M	132, 146	Domínguez A	124, 124, 125
Audisio J	139	Donari J	147
Barbieri L	135, 136, 137, 137	Donato F	123
Barreneche M	139	Dotta C	129
Barrio C	134	Echevarría M	137
Barrio JP	125	Erb A	146
Barrio MC	134	Estebanez M	150
Barros Contreiras S	132, 146, 148	Etchandi M	150
Bartomioli M	129	Fermento ME	136, 137
Becerra H	128, 128	Fernández J	137
Berardi F	142	Fernández JR	135
Berardi H	127	Fernández M	135, 136, 137, 137, 139
Bereilh D	127	Fernández R	136, 137
Bernardis V	150, 150, 150	Fernández V	129, 130
Bertón P	136, 137, 141	Ferro A	141, 141, 142
Boguen J	128	Figueroa Y	136, 137
Bonacorsi SM	128	Flores C	128, 128
Borelli D	126	Flores O	128, 128, 135, 136 137, 137
Boughen P	132	Forchetti M	134, 134
Brandt M	129, 130	Franciulli JM	127
Brescia S	135, 136, 137, 137	Gallez I	132, 146
Buitrago C	121	Gallina M	145
Buschiazzo R	132, 140, 148	Gandini NA	136, 137, 141
Cabrera A	129	Garat C	146, 146
Cafferri H	146	Garbiero S	129, 130, 130
Calderon M	139	García AV	127
Calvo A	150	García C	125, 132, 148
Camiletti G	134, 134	Gigola G	136, 137, 141
Caraballo I	132	Giuliano G	145
Carignano F	123	Gómez L.	129
Casini L	145	Gómez LC	121, 121
Castell E	147	González L	125, 132, 148
Cerella C	135	González M	147
Ciccola F	126, 132	Groselli M	146
Coletti MR	147	Guasch P	135
Confini E	129	Guber D	129
Cruz R	141, 141, 142	Guzmán E	132
D'Orazio O	126	Haag N	125, 132, 148
D'Annuncio E	123	Heit A	129
de Lasa M	147, 148	Iommi P	129, 130
de Lasa T	126	Jouffré G	128, 128
De Pedro S	128, 128	Lambert O	126
Della Chiara L	135, 136, 137, 137	Lang C	136, 137, 141
Delmas AF	136, 137, 141	Laura E	123, 135

Lazzatti C	134, 134	Salas M	147
Lespi PJ	121, 121, 121	Salman G	123
Livio G	129	Salvarezza DMC	121
Lofrano HC	136, 137	Sánchez S	144, 144
Lucero M	144, 144, 144, 145	Sandoval M	129, 130
Macias J	123	Saravia E	147
Marchetti J	123	Serralunga G	135
Marconi R	147	Silenzi N	129
Martínez C	130	Siri N	127
Martínez Iriarte N	148	Sola CA	150, 150, 150
Martínez P	130	Sola MO	128
Martorelli J	146	Spadaro M	124, 124
Marzialetti M	146, 147	Spengler EA	121
Matoso M	139	Tafetani M.	146
Melatini G	136, 137	Tejada I	129
Mele P	139	Tentoni U	127, 127
Meo M	147	Teplitz E	146
Mercado C	132	Tombesi M	139, 140, 147
Montero Carrion J	147	Tralma C	129
Moya C	124, 124, 124,125	Tróccoli G	123
Moya Maldonado M	127	Tulli A	144, 144, 145
Navarro J	129	Ullua N	136, 137, 141
Oresti GM	136, 137,141	Uremovich M	130
Páez G	126, 132	Vallati E	125
Palomequez C	125	Vallati J	126
Pasquali A	130	Vallejo L	144, 145
Peluffo G	146	Venafri R	150
Pendino LF	150, 150, 150	Verdera G	134
Pérez JE	136, 137, 141, 141, 142	Voglino S	128
Pérez Verdera G	134, 136, 137	Wallace W	150, 150,150
Pérez Verdera P	136, 137, 141, 141,141, 142	Wisnioswki C	124, 124,124, 125
Petersen L	136, 137	Yáñez L	135
Pettinari P	125, 132, 148	Zemma E	123
Pierdominici M	139	Zuain M	150, 150
Pintos H	150	Zwenger AO	136, 137, 141, 141, 141 142
Pistonesi S	135		
Plunkett R	126, 132		
Pombo P	129, 130		
Prenna V	127		
Ramallo A	145		
Ramallo G	125		
Razuc G	125, 132, 148		
Real C	150, 150, 150		
Recio S	139		
Regueira G	135		
Reyes J	135, 136, 137, 137		
Reyes L	142		
Rizzo M.	148		
Romanelli A.	139		
Roumeque L.	130		
Rudolf G	139		

Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca

Registro de la Propiedad Intelectual 37697.
Secretaría y Redacción: Asociación Médica de Bahía Blanca -
Castelli 213 (B8000AIE)-Bahía Blanca

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Normas Generales de Publicación:

Las indicaciones para la preparación de los manuscritos se han adecuando a los requerimientos establecidos por el *International Committee of Medical Journal Editors* (N Engl J Med 1997; 336:309-15). Los manuscritos serán escritos en español, a doble espacio, en páginas sucesivamente numeradas, en el ángulo superior derecho, tipo UNE A4 (210x297 mm). Serán enviados a la Biblioteca de la AMBB, acompañados por un disquete correctamente etiquetado, con dirección electrónica del primer autor. Se acepta la sugerencia de dos árbitros que evalúen el trabajo presentado.

En la primera página, deben figurar: título del artículo, nombre y apellido de los autores, dirección completa y dirección para la correspondencia. El envío de un trabajo deberá ser acompañado por una nota firmada por todos los autores, con la indicación de la sección a que corresponderá el manuscrito.

Ética. Cuando se describan los mé-

todos efectuados sobre pacientes indicar que todos los procedimientos siguen las pautas éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1975). Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos, 52^o Asamblea General de Edimburgo. Año 2000.

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

Informar por escrito el consentimiento de todos los autores sobre el contenido del manuscrito. Informar los datos del autor responsable de la revisión y aprobación final del manuscrito (nombre, dirección, teléfono).

Cuando se trate de estudios multicéntricos, los participantes deberán figurar como autores debajo del título o bien al pie de página. Cuando no respondan a ese criterio, serán mencionados en «Agradecimientos». Cuando se describan los métodos efectuados sobre pacientes, deberá precisarse que ello fue posibilitado por el consentimiento informado de aquellos. Las tablas serán numeradas, en caracteres romanos, tituladas y en hoja aparte. Las figuras serán presentadas en blanco y negro (dibujos o fotografías). Serán numeradas en caracteres arábigos, al dorso y con una leyenda explicativa, en hoja aparte. La bibliografía correspondiente a todo tipo de sección será presentada

en hoja aparte. Las citas serán numeradas por orden de aparición en el texto e incluirán todos los autores, cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de *et al*. Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo del *Index Medicus*, para lo cual se puede consultar la *list of Journals Indexed*, o a través de internet: <http://www.nlm.nih.gov>.

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

Trabajos aceptables para su publicación:

Artículos originales: deben incluir :

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

Adelantos en medicina y artículos especiales: tratarán temas cuya actuali-

zación resulta pertinente y deberán fundamentarse en una actualizada revisión bibliográfica.

Comunicaciones breves: corresponden a resultados preliminares, que por su interés merecen difusión temprana. No podrán exceder ocho páginas. Se prescindirá de las subdivisiones, aunque manteniendo la secuencia habitual, con hasta quince referencias y no más de dos tablas o figuras.

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

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

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

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