

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: BARBERO, Maria Rita.....

Servicio: ...Endocrinología.....

T.E. PERSONAL: ...1559826973.....

T.E. interno del servicio: 4140.....

**Autores:** González, J.; Barbero, M.; Sabán, M.; Quevedo, V.; Alba, P.; Gandur, E.; Fidalgo, S.; Lutfi, R.

Servicio de Endocrinología

**TRATAMIENTO MEDICO DE TUMOR SECRETOR DE PROLACTINA Y HORMONA DE CRECIMIENTO.**

**Objetivo:** Evaluar la respuesta del tratamiento médico en un paciente con un tumor mixto productor de Hormona de crecimiento (GH) y Prolactina (PRL).

**Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 49 años que concurre en 2004 por disfunción sexual eréctil de dos años de evolución, sin otros datos positivos al examen físico.

En el laboratorio presenta PRL 800 ng/ml (hasta 18), Testosterona total 2.5 ng/ml ( entre 2.8-8), IGF1 490 ug/l. (hasta 360). Campo visual computarizado normal. RMN: macroadenoma hipofisario de 5x17x17mm que ocupa parcialmente la cisterna selar y contacta con el quiasma óptico. Se inicia tratamiento con cabergolina 1 mg/semana. Presenta buena evolución clínica con normalización de los valores de PRL, testosterona total y biodisponible, persistiendo IGF1 aumentada. Se constata franca disminución del tamaño tumoral (10mm). Se aumenta cabergolina a 1.5 mg/semana, alcanzando valores normales de IGF1 tras seis meses de tratamiento y tamaño tumoral menor a 10 mm.

**Conclusiones:** Los agonistas dopaminérgicos son el tratamiento de elección para tumores productores de PRL, mientras que el tratamiento de elección en tumores mixtos es el quirúrgico. Entre los tumores hipofisarios, los prolactinomas son los más frecuentes. Un 40% co -secretan GH, por lo que se observa menor respuesta al tratamiento con cabergolina, siendo necesaria la cirugía. En este caso se observó una excelente respuesta clínica, bioquímica y en el tamaño tumoral, probablemente debido a la presencia de receptores dopaminérgicos en el tumor.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

**Responsable:** Pochettino, Pablo Andrés

**Servicio:** Ginecología

**TE personal:** 15- 5515- 0743

**TE interno de servicio:** 4760/ 4625

### **Título: Histeropexia con dispositivo PROLIFT**

**Autores:** Ubertazzi, Enrique; Saavedra, Adrián; Soderini, Héctor; Gerding, Andrés; Pochettino, Pablo; Llanos, Natalia

**Objetivo:** Evaluar los resultados de la conservación uterina en pacientes con histeroceles de 2º a 4º con dispositivo PROLIFT.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron prospectivamente 39 pacientes sometidas a histeropexia con prótesis PROLIFT. La evaluación de los resultados se realizó comparando el punto C de la clasificación de POP-Q en el pre y post quirúrgico.

**Resultados:** La mediana del punto C en el prequirúrgico fue de +2 y en el postquirúrgico -6. De las 4 pacientes consideradas fallas (10,25%) solamente una requirió histerectomía vaginal, las restantes permanecen asintomáticas.

**Conclusión:** La histeropexia con dispositivo PROLIFT es efectiva y permite conservar el útero en la mayoría de las pacientes.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

**Responsable:** Pochettino, Pablo Andrés

**Servicio:** Ginecología

**TE personal:** 15- 5515- 0743

**TE interno de servicio:** 4760/ 4625

**Título:** *TUMOR ENDOMETROIDE BORDERLINE DE TROMPA DE FALOPIO (a propósito de un caso)*

**Autores:** Pochettino, P. ; Chautemps, D; Garcia, S.; Santiso, N.; Calissano, M

**Introducción:** Los tumores primarios malignos de trompa son una patología infrecuente. Con una prevalencia de 3.6/millón de mujeres al año. La estirpe endometroide corresponde al 10% del total de los tumores epiteliales.

**Material:** Paciente de 76 años que Ingresa al servicio de ginecología por abdomen agudo ginecológico. Ecografía: imagen quística con ecos en su interior que ocupa hasta epigastrio de 27x12x26cm. Se realizó laparotomía exploradora con lavado peritoneal y anexo histerectomía.

**Resultados:** Anatomía patológica: *Tumor borderline de trompa uterina.*

**Conclusiones :**-El pensamiento oncológico marcó la conducta ( AHT por sospecha de cáncer de ovario), el hallazgo de esta patología infrecuente hace relevante esta publicación. -El estudio diferido, el análisis minucioso del anátomo patólogo ante tumores de características no habituales, integrado a la comunicación del cirujano, hicieron posible la conducta final y la consolidación de la terapéutica. - El ginecólogo general debe estar preparado ante la sospecha de malignidad, para el abordaje y correcta estadificación de masas anexiales.

## **Cirugía de la epilepsia en el adulto: presentación de un caso**

Dres. Fernández Pisani R, Arena A, D'Andrea W, Libenson F

Servicio de Neurocirugía. CMP Churruca- Visca

### ***Abstract***

Se presenta un caso de cirugía de la epilepsia, operado en éste Servicio. Se trata de un paciente portador de un tumor de la región hipocampal derecha, clínicamente caracterizado por crisis parciales complejas. Dada la clínica y la ubicación, se decidió afrontar no sólo la exéresis del tumor sino el tratamiento de su epilepsia. Se realizó hipocampectomía y resección del tumor. La evolución fue excelente, y la Anatomía patológica reveló un oligodendroglioma.

## **Craneotomía guiada por estereotaxia: presentación de dos casos.**

Dres. Fernández Pisani R, Arena A, D'Andrea W, Libenson F, Tassara G

Servicios de Neurocirugía y Tomografía Computada. CMP Churruca- Visca

### ***Abstract***

Se presentan tres pacientes portadores de lesiones tumorales intracerebrales ubicadas en regiones elocuentes del hemisferio cerebral izquierdo. En los tres se realizó marcación estereotáctica de la craneotomía previa a la exéresis. En dos de ellos la craneotomía se centró sobre la marca cutánea determinada por estereotaxia. En el tercer caso se llevó al paciente a quirófano con el marco estereotáctico colocado, y se realizó craneotomía y corticotomía guiadas por el trócar de estereotaxia según las coordenadas calculadas previamente en Tomógrafo. En todos los casos se determinó con precisión la ubicación del tumor, y se realizó la exéresis por metodología microquirúrgica. La evolución postoperatoria fue excelente, sin déficit agregado y alta ulterior.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: Orrú, Alejandra Elizabeth

Servicio: Pediatría

T.E. PERSONAL: 1557499274

T.E. interno del servicio: 4847

## **ENCEFALITIS AGUDA DISEMINADA : A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Autores:** Orrú A, Rojas Molina C, Vela N, Lopardo A, Vicente J, Galíndez I, Laenge E, Somoza Fontan M.

**Servicio:** Pediatría

**Introducción:** Es una enfermedad causada por la inflamación del SNC con desmielinización, desencadenada por una reacción autoinmune, que tiene como antecedente un proceso infeccioso viral o bacteriano o una inmunización previa. Ocurre en niños o adultos jóvenes. Su curso puede ser agudo o subagudo, con manifestaciones clínicas poco específicas o síntomas multifocales relacionados con las lesiones desmielinizantes del encéfalo.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de una patología poco común con consecuencias clínicas severas.

**Material y Métodos:** Paciente de 7 años de edad que se interna por fiebre, dificultad respiratoria, episodio de ausencia, hipertonia generalizada, trismus y deterioro progresivo de la conciencia con Glasgow 3/15. Ingresa en ARM, se policultiva con resultados negativos y serologías negativas. Se medica con difenilhidantoína, ceftriaxona y metilprednisona. Laboratorio con leucocitosis, resto normal. TAC de cerebro: edema generalizado, disminución del tamaño ventricular, cisterna magna levemente aumentada. EEG: lentificación generalizada. RMN cerebral con imágenes de desmielinización compatible con encefalitis diseminada aguda.

**Conclusiones:** La encefalitis aguda diseminada constituye un desafío diagnóstico. Obliga a descartar múltiples diagnósticos diferenciales. Se realizan numerosos estudios, siendo solo la RMN diagnóstica. Un mayor índice de sospecha ante determinados pacientes permitiría un diagnóstico temprano con una mejor atención del paciente y un correcto uso de los recursos en salud.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

## Ancianos en UTI: ¿La edad es factor de mal pronóstico?

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, P Escalante, C Canessa, E Arista, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Analizar las variables clínicas y pronósticas entre pacientes menores y mayores de 65 años que ingresan a la unidad de terapia intensiva (UTI).

**Material y Métodos:** Trabajo retrospectivo observacional que incluyó a todos los pacientes ingresados a UTI desde el 1/09/2006 al 31/03/2008. Se registraron scores de gravedad, requerimiento de ventilación mecánica (ARM), estadía en UTI, mortalidad, vasopresores, insuficiencia renal aguda (IRA), requerimiento de diálisis y transfusiones. Se compararon las variables entre pacientes menores y mayores de 65 años. Las variables se presentan como media, desvío estándar y porcentaje, se utilizó T-test y chi cuadrado para el análisis estadístico. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

### **Resultados:**

	>65	<65	p
n=914 (%)	437(47,8)	477(52,4)	
Hombres	212(48,5)	177(37,5)	NS
Mujeres	225 (51,5)	300 (62,9)	NS
Edad	76,2 (6,9)	47,3 (14,2)	< 0,05
APACHE II (DS)	18,7 (9,7)	12,8 (9,6)	< 0,05
SAPS II (DS)	43,9 (20,4)	28,9 (20,7)	< 0,05
Estadía (DS)	6,8 (9,3)	5,5 (8,6)	< 0,05
Mortalidad (%)	124(28,4)	75 (15,7)	< 0,05

De los > 65 años el 22,2% requirió transfusiones, con una mortalidad de 37,1%; se transfundieron el 25,8% de los < 65 años, con una mortalidad de 24,4%, hallándose una  $p < 0.05$  al comparar la mortalidad de ambos grupos. El 33,4% de los > 65 años presentó IRA, con una mortalidad total del 52%. El 17,8% de estos requirió diálisis, con una mortalidad del 61,5%. En el grupo de < 65 años el 15,7% presentó IRA con una mortalidad del 42,6%, de estos requirió diálisis el 30%, con una mortalidad del 47,8%. Se halló una  $p < 0,05$  en la incidencia de IRA y requerimiento de diálisis, con una  $p > 0.05$  cuando se analizó la mortalidad. De los > 65 años el 57,6% requirió ARM, con una mortalidad de 46,8% y el 53,2% de los < 65 requirió ARM con una mortalidad de 34,2%;  $p < 0,05$ .

**Conclusión:** Los pacientes >65 años tienen scores de gravedad más altos y mayor mortalidad que los < 65. Ambos grupos requirieron similar tasa de transfusiones pero la mortalidad fue mayor en los pacientes >65 años. La incidencia de IRA fue mayor en los > 65 años así como el uso de vasopresores, sin diferencias en la mortalidad. Los pacientes <65 años con IRA presentaron mayor requerimiento de diálisis. No se hallaron diferencias en el requerimiento de ARM, pero la mortalidad fue mayor en los > 65 años que la requirieron.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

### VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** D Varela, R Sánchez, A Lucero, N Tiribelli, N Falcon Perez, C Canessa, E Arista, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Analizar las características y evolución de los pacientes que requirieron Ventilación Mecánica (VM) en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

**Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes que ingresaron a UTI y requirieron VM > 24hs desde 01/09/06 - 31/03/08. Se registraron los datos demográficos, scores de gravedad, motivo de VM (Coma; Insuficiencia Respiratoria Aguda IRA: *post operatorio, neumonía, edema agudo de pulmón, shock-sepsis, trauma, SDRA, broncoaspiración, PCR*; IRA sobre enfermedad respiratoria crónica IRAC: *EPOC, neuromuscular*; Otras causas), días de VM, días de UTI y mortalidad. Se compararon las variables en subgrupos (médicos/quirúrgicos, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < y ≥200 a las 24 hs). Para el análisis estadístico se utilizaron el Chi Cuadrado y el Test de T. Se consideró estadísticamente significativa una p < 0.05.

**Resultados:** Ingresaron 1040 pacientes, requirieron VM 466 (45%), 268 hombres y 198 mujeres, con 526 episodios de VM. Edad media (DS) 63.6(17.5). APACHE II 21.2(9.5), SAPS II 48.8(20.3). Causas de VM: Coma (n=153, 29%), IRA (n=322, 61%), IRAC (n=51, 10%). Duración de la VM 5.2(4.3) días. Estadía en UTI 9(6.1) días. Mortalidad 40% (189/466): *coma 37%, Post operatorio 27%, neumonía 55%, edema agudo de pulmón 20%, shock-sepsis 53%, trauma 14%, SDRA 50%, broncoaspiración 33%, PCR 50%, EPOC 27%, neuromuscular 0%, otras causas 24%*.

	Ptes. Médicos	Ptes. Quirúrgicos	p	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 200	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≥ 200	p
<b>n</b>	380	86	-	151	375	-
<b>Edad</b>	63.3 (17.4)	64.5 (18.6)	NS	66.5 (15.2)	63.6 (18.6)	NS
<b>APACHE II</b>	21.9 (9.5)	17.9 (9.2)	0.005	23.4 (9.1)	20.8 (9.9)	0.006
<b>SAPS II</b>	49.5 (20.2)	45 (20.7)	NS	52.5 (22.1)	48.7 (19.9)	0.005
<b>Mortalidad</b>	43% (166/380)	27% (23/86)	0.006	47% (44/99)	27% (64/244)	0.002
<b>Días VM</b>	6.8 (8.6)	4.5 (4.7)	0.017	6.2 (4.3)	5.7 (4.7)	NS
<b>Días UTI</b>	9.9 (11.3)	8.5 (11.1)	NS	10.5 (10.3)	10.5 (12.2)	NS
<b>Reintubación</b>	17% (39/226)	13% (7/54)	NS	21% (17/81)	14.6% (29/199)	NS
<b>NAV</b>	12% (45/380)	5% (4/86)	NS	10.5% (16/151)	9% (33/375)	NS
<b>TQT</b>	21% (80/380)	9% (8/86)	0.02	13% (19/142)	21% (69/324)	NS

**Conclusiones:** Los pacientes con patología médica tienen scores de gravedad más altos, más días de VM, mayor mortalidad y mayor incidencia de TQT que los quirúrgicos. Los pacientes con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200 tienen scores de gravedad más altos y mayor mortalidad.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

### Catéteres venosos centrales en Terapia Intensiva

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, L Grieco, C Canessa, E Arista, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Analizar la incidencia de complicaciones asociadas a catéteres venosos centrales (CVC) en forma global y según su localización.

**Material y Métodos:** Se incluyeron a todos los pacientes ingresados a la terapia intensiva (UTI), desde 01/09/06 - 31/03/08, haciendo hincapié en los que requirieron colocación de CVC. Se registró el sitio de inserción, tiempo de permanencia del CVC, complicaciones infecciosas y no infecciosas. Se consideró: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía en UTI y mortalidad. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Test T y chi cuadrado. Los datos se expresan como media, desvío standard y porcentaje. Consideramos significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Ingresaron 922 pacientes de los cuales 504 requirieron un total 737 CVC. 56,1% mujeres y hombres el 43,9%. Edad 63,2(17.7), APACHE II 19,4(10), SAPS II 44,1(21.5), estadía en UTI 9(10.7). Mortalidad 33.1%. Aquellos que no requirieron CVC fueron 418, el 58.8% mujeres y hombres 41.7%. Edad 58.3(19), APACHE II 10.5(7.9), SAPS II 25(17.4). Estadía en UTI 2.5(3.8) días. Mortalidad 8,4% .El análisis comparativo de los datos mostró una  $p < 0.05$ . Permanencia de los CVC 6(4.4). Presentaron una incidencia de contaminación de 6.4% con una densidad de incidencia (DI) 10.6 c/1000 días de CVC. La incidencia de infección de 2.3% con DI de 3.8 episodios c/1000 días de CVC. Los gérmenes aislados en las sepsis por catéter fueron: St. aureus 35.3%, Klebsiella sp. 23.5%, Acinetobacter baumannii 17.6%, Serratia sp., Neumococo, enterobacter y cándida 5.9% respectivamente. Los que presentaron sepsis por CVC tuvieron una mortalidad del 41.2%. Las complicaciones no infecciosas, Neumotórax 1.1%, Subclavia (SC) 1.04%, y 1.3% en yugular anterior (YA).

Sitio de inserción	%	Estadía Media	Incidencia de contaminación	DI de contaminación	Incidencia de infección	DI de Infección
SC	25.4%	6.5	6.25%	9.6	1%(2/192)	1.59
YA	62.7%	5.9	6.27%	10.6	2.8%(13/462)	4.7
YP	5%	6.2	10.8%	17.2	0	0
FE	5%	4.7	8.1%	11.4	5.4%(2/37)	11.4

**Conclusiones:** Los pacientes que requirieron CVC presentaron scores de gravedad y mortalidad más alta, estadía en UTI más prolongada. La incidencia de infección asociada a CVC, así como la contaminación y las complicaciones no infecciosas son coincidentes con las publicaciones internacionales. Observamos mayor en el tiempo de estadía del catéter SC, sin incremento en la incidencia de infecciones asociadas. Observamos, mayor mortalidad en los pacientes complicados con sepsis por catéter. El sitio de colocación mas frecuentemente relacionado con complicaciones infecciosas es el femoral.



# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable:.....de Mingo / Fescina.....

Servicio: .....Clinica infectologia.....

T.E. PERSONAL: .....1550639967 / 1555165025

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **MIELITIS TRANSVERSA POR CITOMEGALOVIRUS ( CMV) EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.**

**Autores:** Borghi F., Battaglia M., ; Fescina P; de Mingo N; Valerga M.,  
Balza Moreno J.

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica. Hospital Churruca-Visca

El CMV pertenece a la familia herpesviridae, produciendo frecuentemente infecciones asintomáticas. Las formas de presentación sintomáticas son las de un Sme Mononuclésido, pero puede afectar cualquier órgano, produciendo a nivel del SNC manifestaciones cerebrales tales como encefalitis, ventriculoencefalitis, o bien afectar medula espinal desencadenando cuadros como mielitis transversa o poliradiculomielitis.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 53 años con antecedentes de internación en Julio 2007 por polineuropatía de miembros inferiores a predominio axonal de grado severo, sin diagnóstico etiológico. Internación en septiembre de 2007 por Sme de Guillán Barré sin diagnóstico etiológico, que se interna el 27 de Febrero de 2008 por paraplejía progresiva.

Ex físico: Lúcido, paraplejía flácida con nivel sensitivo en D12, asociado a arreflexia y anestesia.

Laboratorio: VSG 105mm, PCR 10.5 gr%, serologías para HIV, VDRL, HBV, EBV negativo,. FR, Complemento 3 y 4, FAN, ANCAc y p, anti DNA negativos. Perfil tiroideo, vitamina B12 y Ac fólico normales. Recuento de CD4+ y CD8+ normal. Proteinograma electroforético: hipogammaglobulinemia, hiperalfa 1 y 2 globulinemia. LCR: CFQ, cultivo y citológico normal. Serología para CMV y ADN de CMV en LCR positivo.

Imágenes: RMN de encéfalo, columna cervical, dorsal y lumbar: imagen compatible con mielitis transversa a nivel de columna dorsal..

EMG de 4 miembros: ausencia de respuesta en miembros inferiores.

Se indica tratamiento con ganciclovir, intercurriendo en el día 28 del mismo con ileo paralítico de resolución quirúrgica el cual se interpreta como probable manifestación de la infección por CMV.

**Conclusión:** Se presenta este caso con el fin de mostrar presentación poco frecuente de infección por CMV en paciente inmunocompetente.

# Ejemplo de llenado de trabajo XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano...Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1550639967.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **DERMATOMIOSITIS COMO MANIFESTACIÓN PARANEOPLASICA DE CANCER DE PULMÓN**

**Autores:** Fernandez D.; Oborski R., Bustamante T.; de Mingo L., Fescina P., Aquino, L; Balza Moreno J.

**Servicio: Clinica Médica**

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria que se identifica por manifestaciones cutáneas características asociadas a debilidad muscular. Puede manifestarse como un Síndrome paraneoplásico en el 15 % de los casos.

**Cuadro Clínico:** Paciente de 53 años sexo masculino con antecedentes de psoriasis de reciente diagnóstico, tabaquista de 80 pack/year, descenso de 20 kg de peso en últimos 3 meses, tratamiento antibiótico ambulatorio por neumonía. Ingresa en 06/2008 a este hospital por Sme de impregnación y mialgias de 2 meses de evolución. **Al Ingreso:** Lúcido TA: 100/80 FC: 102 FR:18 T°: 37 Sat 95% (0.21%). Placas eritematoescamosas en rostro, pliegues inguinoescrotales, rodillas, codos, zona dorsolumbar, párpado superior izquierdo. Pápulas eritematosas en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. Poliartralgias Nódulo cervical derecho duro pétreo adherido a planos profundos de 1x1 cm. Disminución de la fuerza muscular en cintura escapular. Crepitantes en campo medio y base pulmonar derecha. **Laboratorio:** Hto: 41% GB: 5600 Plaquetas: 200000 Glucemia: 0,99 Urea: 0,24 Creatinina: 0,71 TGO: 98 TGP: 44 BT: 0,90 CPK: 458 LDH: 629 Ionograma 138/3,60 VSG: 87 PCR: 2,05 Proteínas totales: 5,9 Albúmina: 2,4 Calcemia: 9,4 Mg: 1,70 Fosforo: 3,5 Uricemia: 5 **Rx Torax:** Radiopacidad en base y campo medio derecho. **TAC de tórax con cte:** Formaciones nodulares hipodensas mediastinales retrocavas pretraqueales en mediastino anterior compatibles con adenomegalias. Serología: HBsag -, HIV -, Aldolasa -, FR < 20 C3 114 C4 24,3 VDRL no reactiva, FAN -, Anti DNA: - **EMG:** patrón radicular irritativo. Biopsia de pápulas: compatible con dermatomiositis. Biopsia de ganglio Ceval: MTTs de Carcinoma de células pequeñas de pulmón poco diferenciado. Biopsia Bronquial: Carcinoma de Pulmón células pequeñas.

**Comentario:** motiva la presentación del caso la manifestación cutánea, como síndrome paraneoplásico, de un Carcinoma de células pequeñas de pulmón.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsables Dra. Virginia Martin. Dra. Anabela Ursino

Servicio: ginecología

T.E. PERSONAL: 1559533734

T.E. interno del servicio: 4760/4625

**Autores:** Dra.Ursino A, Dra. Martin V, Dr. Mareque G, Dra. Iogna c.

**Servicio:** Ginecología

**Objetivo:** La presentación de un caso ilustrado de gran edema vulvar en una paciente con diagnóstico de vulvovaginitis.

**Material y Métodos:** Paciente de 37 años, con una pareja sexual y uso de preservativo. Quien consulta al servicio de ginecología por prurito y edema vulvar de 48 hs de evolución con imposibilidad para la micción, sin respuesta a tratamiento local. Se coloca sonda transuretral, se toma cultivo de flujo vaginal y urocultivo y se solicita ecografía ginecológica y laboratorio con serología (informados como normales). Se indica hidrocortisona 1 ampolla IM, lidocaína tópico (crema) y fluconazol 150mg (2 dosis) con escasa respuesta. Es evaluada por el especialista en alergias quien indica medidas higiénico dietéticas y difenilhidramina vía oral.

**Resultados:** Dos días posteriores al inicio del tratamiento, se constata aumento de edema vulvar a predominio de labio mayor izquierdo. Se recibe Cultivo de flujo positivo para Trichomona y Candida sp. Se indica Metronidazol 500mg cada 8hs vo. Dos días postratamiento disminuyó el edema vulvar, se constata micción espontánea y se indica externación hospitalaria.

**Conclusiones:** La presencia de edema vulvar como signo patognomónico y predominante de vulvovaginitis es infrecuente; pudiendo verse en infecciones por Candida sp edema vulvar de escasa magnitud y en excepcionales ocasiones en infecciones ocasionadas por Trichomons vaginalis  
Dada la presencia de los mismos agentes etiológicos, una vez descartadas las posibles causas no infecciosas; el tratamiento de esta patologías debe instaurarse basado en la caracterización del cuadro general.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churrucua Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churrucua

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable:.....de Mingo / Fescina.....

Servicio: .....Clinica / Infectologia.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025 / 1550639967.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **QUERATITIS POR FUSARIUM**

**Autores:** Morales M; Villalba N; de Mingo N; Fescina P; Lee, Y ; Valerga M; Balza Moreno J

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica e Infectología, Hospital Churrucua-Visca  
La queratitis micótica es el 6-15% de las queratitis infecciosas. Es una causa de ceguera, generalmente en países en vías de desarrollo.

**CASO CLÍNICO:** Paciente varón de 49 años de edad residente rural, hipertenso, hemorragia digestiva (Mallory Weiss) , úlcera duodenal, obesidad (BMI 42) que comienza 1 mes previo a internación, luego del contacto con polvo de leña con sensación de cuerpo extraño, rubor y dolor de intensidad 3/10 en ojo derecho exacerbado con la motilidad. Consulta a oftalmólogo quien le indica tratamiento con ciprofloxacina + loteprednol. Debido a progresión de los síntomas (mayor inflamación, aumento de intensidad del dolor 10/10 con irradiación a hemicara derecha, fotofobia, disminución de la agudeza visual y secreción purulenta consulta a oftalmólogo quien constata en OD: Agudeza visual de 3 metros, inyección conjuntival, úlcera corneal de 4mm, absceso central de 3mm, hipopión de 0,15mm (constatado por ecografía ocular). OI: Agudeza visual 8/10. Sin signos patológicos. Se decide su internación por sospecha de infección fúngica . Al ingreso: lúcido, TA 130/70 mmHg FC 76/min FR 14/min T 36.5 grados. Al examen físico ojo derecho rojo, doloroso, con secreción purulenta, opacidad central de la córnea, motilidad ocular conservada, inyección conjuntival y fotofobia. Laboratorio: Hto 45% Plaquetas 492.000/mm<sup>3</sup> GB 13.400/mm<sup>3</sup> Hb: 16g% Glucemia 0,83 g/l Urea: 0,17g/l Creatinina: 0.60 mg/dl Na+:138meq/l K+:5meq/l Quick: 100%. Se inicia tratamiento con Anfotericina B, hasta completar dosis acumulativa de 1gr junto con Moxifloxacina y Ácido poliacrílico. Se constata mejoría al 4º día de tratamiento, con recuperación de la agudeza visual en 9/10, ausencia de hipopión al al 2º día y con leve infiltrado corneal por biomicroscopía al finalizar la dosis acumulativa de 1gr de Anfotericina B. Se aísla en cultivo fusarium.

**Conclusión:** Se presenta el caso dada la baja incidencia de queratitis fúngica en la Ciudad de Buenos Aires.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca

## PRONOSTICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA REAGUDIZADA EN TERAPIA INTENSIVA.

Responsable: Daniel Varela

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

T.E. PERSONAL: 1564774639

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, G Sibila, C Canessa, M Vazquez, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

**Objetivo:** Comparar las características clínicas y evolución de los pacientes con diagnóstico de enfermedad obstructiva crónica (EPOC) reagudizada en relación a los pacientes no EPOC que requirieron internación en la unidad de terapia intensiva (UTI).

**Material y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en forma consecutiva a nuestra UTI entre el 01/09/2006 al 31/03/2008 con especial énfasis aquellos con diagnóstico de EPOC reagudizada. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía en UTI, requerimiento de ventilación no invasiva (VNI) y asistencia respiratoria mecánica (ARM), vasopresores, transfusiones, traqueotomía, presencia de neumonía asociada al ventilador (NAV), reintubación, días de weaning de ARM y mortalidad. Las variables ordinales se expresaron como media y desvío Standard y las nominales como porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-Test para las variables cuantitativas y Chi Cuadrado para las cualitativas. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron 922 pacientes, 57.5 % hombres y 42.5 % mujeres, de los cuales 39 (56.4 % hombres y 43.6 % mujeres) tenían diagnóstico de EPOC reagudizado y 883 (57.4 % hombres y 42.6 % mujeres) no.

	EPOC	NO EPOC	p	
n	39	883		
Edad	66.3 (9.2)	60.7 (18.7)	0.06	
Apache II	17.2 (7.7)	15.5 (10.2)	0.3	
SAPS II	32.8 (17.6)	36.2 (22)	0.3	
SOFA	9.8 (5.9)	10.8 (4.4)	0.17	
NAV	16 %	9.8 %	0.5	
Traqueotomía	24 %	17.8 %	0.6	
Requerimiento de VNI	69.2 %	10.3 %	< 0.05	
Requerimiento de ARM	64.1 %	52 %	0.18	
Días de ARM	13.3 (14.4)	5.8 (7.5)	< 0.05	
Reintubación	20 %	10.4 %	0.2	
Días de Weaning	3.1 (7.2)	1.3 (1.9)	< 0.05	
Días de UTI	13.7 (15.3)	5.8 (8.4)	< 0.05	
Fallo renal	17.9 %	19.7 %	0.9	
Transfusión de GR	Tasa	10.2 %	23.7 %	0.08
	Unidades	2.2 (1.3)	4.4 (4.5)	< 0.05
Vasopresores	Tasa	43.6 %	31.8 %	0.15
	Días	3.7 (2.6)	4.7 (4.3)	0.17
Mortalidad	28.2 %	21.5 %	0.43	

**Conclusiones:** No se hallaron diferencias significativas respecto a edad, scores de gravedad y requerimientos de ARM entre ambos grupos. Como es de esperar en este grupo de pacientes hubo una mayor tasa de utilización de VNI La estadía en UTI, los días de ARM y weaning fueron mas prolongados. La mortalidad fue similar en los dos grupos.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable:.....Fescina / de Mingo.....

Servicio: ...Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: 1550639967.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **SINDROME HEMOFAGOCITICO COMO PRESENTACION DE LINFOMA**

**Autores:** Diaz R; Tebes A; Rodríguez Odko M; Zapata S; de Mingo N; Fescina P; Cengarle C; Balza Moreno J.

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica Hospital Churruca-Visca

El síndrome hemofagocítico es la proliferación exagerada de macrófagos en bazo, médula ósea, hígado y otros órganos, provoca pancitopenia. Asociado a infecciones virales, brucelosis, linfoma, con una mortalidad de 90%.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 54 años, extabaquista de 20 paq/ año que comienza 3 meses previos a la internación con fiebre vespertina la cual cedía con antipiréticos, evaluado en múltiples oportunidades y tratado con antibioticos, sin respuestas a los mismos, con pérdida de peso (10Kilos) sin pérdida del apetito, astenia, adenopatía inguinal derecha indolora. Al examen físico: Lúcido TA 120/70 Fc 80 Fr 18 afebril, con adenopatías en región inguinal derecha de 7 x 3 cm adherido a planos profundos, dura petrea, sin signos de flogosis. Evoluciona febril persistente, cultivos negativos, intercorre con insuficiencia hepática, anemia y plaquetopenia, con hepatoesplenomegalia y encefalopatía hepática leve, múltiples adenopatías abdominales. PAMO que informa síndrome linfoproliferativo con hemofagocitosis, por lo que se decide tratamiento con corticoides. Intercorre con insuficiencia renal aguda. Comienza tratamiento quimioterápico intradiálisis, el paciente fallece sin presentar respuesta a los mismos. Laboratorio: Hto 26, Hb 8.5, Gb 6000, Plaquetas 43000, Quick 43%, RIN 1.57, KPTT 45 seg, Urea 145, Crea 2.8, Na 137, K 3.3, BT 26, BD 16, GOT 18, GPT 17, FAL 207, LDH 160, Alb 1.6, COL 96, ESD 46, fibrinogeno 487, colinesterasa 1381, GGT 32. Prot totales 8.30, Albumina 3.7, Globulinas 4.6, alfa uno globulina 0.55, alfa 2 globulina 0.92, beta 1.15 gamma 1.55, reacción de huddleson negativa serologias VHA, VHB, VHC, VHI negativo, FR menor a 20, PCR 16, ASTO 83, C3 110, C4 23, VEB anti IgG mayor a 4 y anti IgM positivo. Factor V (12%).

**Conclusiones:** Se presenta el caso por la asociación de síndrome linfoproliferativo con hemofagocitosis, insuficiencia hepática y renal aguda.

# Ejemplo de llenado de trabajo

## XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano...Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1550639967.../ 1550639967.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

### **HISTOPLASMOSIS MEDULAR EN PACIENTE CON TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSEA**

**Autores:** Bauer I., de Mingo L., Fescina P., Armesto, G; Balza Moreno J.

**Servicio: Clínica Médica**

Los pacientes que reciben transplante autólogo de medula ósea (MO), presentan menos complicaciones infectológicas, que aquellos que son tratados con transplante heterólogo, dado el menor tiempo de inmunosupresión requerido. Los gérmenes más frecuentes son las bacterias y hongos, dentro de estos últimos la candidiasis y la aspergilosis. El *Histoplasma Capsulatum* es una levadura que parasita a los macrófagos de escasa virulencia en humanos. Los síntomas dependen de la respuesta inmunológica del huésped, generalmente la infección se autolimita al pulmón y se presenta de manera diseminada en aquellos con algún grado de inmunosupresión.

**Caso clínico:** Paciente varón de 42 años de edad con diagnóstico de mieloma múltiple (2006), tratamiento quimioterápico con 6 ciclos de talidomida y dexametasona, con remisión completa. Se realiza transplante autólogo de MO en 9/2007, posteriormente intercorre con neutropenia febril, se aísla en hemocultivos *Staphylococcus aureus* MS, tromboflebitis subclavia proximal izquierda supurada en 9/2007 por lo que se decide anticoagulación y tratamiento con cefalotina, candidiasis profunda por *Candida tropicalis*, recibió tratamiento con caspofungin y fluconazol. Se interna en 10/2007 por neumonía adquirida de la comunidad, recibe tratamiento con ceftazidime. Se realizó PAMO para cultivo. **Laboratorio:** Hto:30 %, Gb: 4.700, Plaquetas:146.000, Hb:10 Urea: 19g/l Creatinina:0.90 g/l, Na:134 K:3,8 TGO 17 TGP 12 FAL 70 B.T 0,6 B.D 0,10, Quik 62% ,KPTT 33 seg. Ca 9,6, proteínas 6.9. **Estudios complementarios:** TAC de tórax con infiltrado en base izquierda. Cultivo de esputo y hemocultivos periféricos: negativos. Ecocardiograma 2D y doppler sin alteraciones, cultivo de PAMO (1/ 2008) con rescate de *histoplasma capsulatum* en MO, con cultivos periféricos negativos. Se decide tratamiento con anfotericina liposomal

**Conclusión:** Se presenta el caso, dada la baja prevalencia de presencia de *Histoplasma Capsulatum* en PAMO, secundario a un transplante autólogo de medula ósea.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano... Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (LPR) SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN MALIGNA**

**Autores:** Papaginovic, M; Tosti, R; Cuppari, M; de Mingo L; Fescina P; Cengarle, C; Balza Moreno J

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica, Hospital Churruca-Visca

El LPR es un síndrome clínico radiológico debido a distintas etiologías. Se presenta con cefalea, confusión o deterioro del sensorio, convulsiones y cambios visuales, asociado a RMN con edema parietooccipital bilateral y simétrico hiperintenso en T2 y FLAIR. Revertida la causa se recupera las funciones neurológicas. La HTA, la insuficiencia renal y los inmunosupresores son factores de riesgo.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 33 años con antecedentes HTA de 1 año de evolución e IRC ambas sin tratamiento. Ingresa a UTI por IRC terminal con EAP hipertensivo-hipervolémico con anuria sin respuesta al tratamiento médico, iniciando diálisis de urgencia. Se realiza biopsia renal que informa nefritis intersticial, NTA, microangiopatía trombótica, IFI Ig M, Ig G, Ig A negativas, C3 positivo en pared celular y fibrinógeno positivo en pared capilar, compatible con HTA maligna. Intercurre con hematoma retroperitoneal y se realiza nefrectomía izquierda. Por caída del hematocrito es politransfundida. Presenta hemotorax izquierdo espontáneo. Se diagnostica trastorno en la coagulación secundario a las politransfusiones e IRC. Se realiza PAMO que evidencia hipoplasia eritroide. Colagenograma negativo. Continúa con mal manejo de HTA. Evoluciona con amaurosis fugaz con hemorragia peripapilar en fondo de ojo. Se realiza RMN : imágenes hiperintensas corticales a nivel occipital bilateral en T2 y FLAIR con difusión negativa. Por sospecha de vasculitis inicia tratamiento empírico con corticoides. Evoluciona con insuficiencia hepática aguda y deterioro del sensorio. Por lo que se decide iniciar plasmaferesis presentando recuperación de visión y la función hepática. Es medicada con nifedipina, amlodipina y atenolol con buena respuesta. Es evaluada por servicio de psiquiatría diagnosticando delirio paranoide y es medicada con risperidona. Actualmente en diálisis trisemanal y polimedicada para HTA.

**Conclusiones:** se presenta el caso dada la baja incidencia del LPR



# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: Laura Etchevarria

Servicio: Hematología Clínica

T.E. PERSONAL: 1559326875

T.E. interno del servicio: 4132

**Autores:** Etchevarría Laura, Guerrero Diego, Díaz Vélez Nazario, Fernández Vanesa, Lopez Morgan Silvina, Palmer Luis.

**Servicio:** Hematología Clínica

**Objetivo:** Se utilizaron las determinaciones de hemoglobina (Hb) y ferritina sérica para determinar la proporción de mujeres embarazadas que presentan anemia y déficit hierro, y el valor de su etiología ferropénica.

**Material y Métodos:** Se estudió a 48 embarazadas entre las semanas 8 y 13, determinándose Hematocrito (Hto), Hemoglobina (Hb), Índices hematimétricos, glóbulos blancos, Plaquetas y Ferritina. Antecedentes evaluados: 1) diagnóstico de talasemia: 2 pacientes (ptes) (4,1%).2) anemia previa al embarazo: 13 ptes (27%).3) embarazos previos: 18 ptes (37,5%), todas habían recibido ferroterapia.

**Resultados:** Se evaluaron 48 ptes con una media de 26.9 años (rango 19-41).En 30 se hallaron valores de Hb < 11 g/dl., siendo los niveles de ferritina < 30 ng/ml en el 70 % (n: 21) y < 10 ng/ml en el 16,6% (n: 5). Entre las ptes con Hb > 11 g/dl., el 50% (9 ptes) presentaban ferritina < 30 ng/ml y el 5.5% < 10 ng/ml (1 pte). Las 2 ptes con diagnóstico de talasemia presentaban ferritina > 100 ng/ml.

**Conclusiones:** .La anemia es muy frecuente en el embarazo. Existe dificultad en demostrar ferropenia durante el mismo, ya que el dosaje de ferritina no se realiza de rutina, su sensibilidad es discutible y la determinación del cociente receptor soluble de transferrina/ferritina no es accesible en la mayoría de los centros.Nuestra experiencia concuerda con la bibliografía: la confirmación de la naturaleza ferropénica de la anemia no estaría indicada de rutina ya existen pocas dudas acerca de suplir con hierro a las embarazadas exceptuando aquellas con antecedentes o sospecha de patología hematologica que cursan depósitos de hierro aumentados.

# **XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca**

**6 al 17 de Octubre del 2008**

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Responsable: Luis Palmer

Servicio: Hematología clínica

T.E. PERSONAL: 1562080101

T.E. interno del servicio: 4132

**Autores:** Maneyro, A; Guerrero, D; Diaz Velez Nazario; Fernandez Vanesa ; Lopez Morgan Silvina; Palmer, Luis.

**Servicio:** Hematología clínica

**Título:** Aplasia eritrocitaria pura asociada al uso de eritropoyetina recombinante humana en insuficiencia renal crónica. Respuesta a ciclosporina A.

**RESUMEN:** La anemia asociada a déficit de eritropoyetina (EPO) es un hallazgo universal en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), y el tratamiento con EPO recombinante (rEPO) mejora significativamente la anemia y la calidad de vida de estos pacientes. La aplasia pura de la serie roja, asociada a la aparición de anticuerpos anti EPO, es una complicación infrecuente pero importante de este tratamiento, y su manejo es complejo y controvertido.

Se comunica un paciente de 71 años, con diagnóstico de IRC de 7 años de evolución, en hemodiálisis trisemanal, y tratamiento con EPO, 6000 UI/semana que desarrolla anemia severa, con alto requerimiento transfusional y ausencia de respuesta al incremento de la dosis semanal de EPO. Los estudios efectuados mostraron niveles elevados de ferritina sérica y ausencia de evidencias de hemólisis. La punción aspirativa de médula ósea reveló marcada hipoplasia eritroide, con conservación de las restantes series, siendo estos hallazgos confirmados en la biopsia medular. El paciente suspendió la EPO y recibió tratamiento con metilprednisona y nandrolona, sin obtener respuesta. Se inició a posteriori tratamiento con ciclosporina A, con dosis ajustadas de acuerdo a ciclosporinemia, evidenciándose un progresivo aumento de los niveles de hemoglobina y consiguiente independencia transfusional, la cual se mantiene luego de 8 meses de tratamiento.

**CONCLUSIONES:** El presente caso ilustra: 1) la necesidad de un correcto diagnóstico fisiopatológico en pacientes con falla renal y profundización de su anemia, 2) la importancia de considerar factores asociados al tratamiento y no a la enfermedad de base como causa de dicha profundización y 3) la eficacia y seguridad del uso de ciclosporina A, correctamente controlada en este grupo de pacientes.

# **XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca**

**6 al 17 de Octubre del 2008**

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Responsable: Luis Palmer

Servicio: Hematología clínica

T.E. PERSONAL: 1562080101

T.E. interno del servicio: 4132

**Autores:** **Servicio:** Hematología y Neumonología\* del Complejo Médico Churruca-Visca. \*\*Servicio de Anatomía Patológica. Academia Nacional de Medicina.

**Título:** RECAÍDA PRECOZ EN ENFERMEDAD DE HODGKIN (EH): COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL E INTRAALVEOLAR A propósito de un caso

**RESUMEN:** La presencia de infiltrados pulmonares en pacientes (ptes) con EH plantea, en general, múltiples dilemas diagnósticos. Se presenta este caso de recaída pulmonar intersticial e intraalveolar. Pte. de 24 años, sin antecedentes. Adenomegalia supraclavicular derecha de 3 x 4 cm. Anatomía Patológica (AP): EH esclerosis nodular. TAC: ensanchamiento mediastinal, hepatomegalia. Galio 67: aumento de fijación en mediastino anterior. BMO sin infiltración por EH (Estadío IIA). Cumple tratamiento con esquema ABVD por 6 ciclos, luego del cual: TAC sin adenopatías, mediastino libre. Al mes, comienza con síntomas inespecíficos sin cambios al examen físico y se decide realizar tomografía por emisión de positrones (PET) : EH en actividad a nivel supradiafragmático y parénquima pulmonar. Inicia esquema DEXA-BEAM, intercurriendo al día +16 con neutropenia febril. TAC: múltiples nódulos en pulmonares bilaterales, por lo que se realiza biopsia de pulmón por videotoracoscopia (VATS). Serología positiva para histoplasmosis (Ig G). AP: Neumonía en organización. Persiste con fiebre y progresión radiológica pulmonar; realizándose lavado broncoalveolar (BAL) + biopsia transbronquial (BTB). Inicia tratamiento con Prednisona y anfotericina liposomal. BTB: Muestra no representativa. Tinción para hongos: negativa. BAL: 10<sup>2</sup> S. Aureus. Continúa febril, cultivos negativos y nueva TAC: progresión de infiltrados pulmonares, inicia imipenem. Se realiza toracotomía izquierda con toma de biopsia y cultivos: negativos. A.P : EH intersticial e intraalveolar.

**Conclusión:** se presenta este caso debido a la infrecuencia del compromiso intraalveolar en recaída de EH, destacando además las dificultades diagnósticas en ptes con EH e infiltrados pulmonares.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano... Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **INSUFICIENCIA HEPÁTICA COMO PRESENTACIÓN DE TIROTOXICOSIS**

**Autores:** Altube S; Papaginovic Leiva M; Fescina P; de Mingo N; ; Parodi D J, Alpern G., Balza Moreno J., Mazzoccoli G.

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica. Hospital Churruca-Visca

El Hipertiroidismo es una enfermedad que se manifiesta mediante múltiples variantes. Desde el paciente oligosintomático hasta la crisis tirotóxica.

**Caso clínico:** paciente varón de 49 años de edad con antecedentes de HTA y tabaquismo que se interna por presentar intolerancia digestiva, ictericia, coluria y acolia. Al ingreso: lúcido, T.A 130/80, frecuencia cardíaca 140 x'irregular T 36 C. Ictericia generalizada, hepatomegalia homogénea e indolora. Nódulo de 15 mm. en polo superior del lóbulo tiroideo izquierdo paraístmico **Laboratorio:** Hto 37%, GB 6800 Glucemia 1,31mg%, función renal, ionograma normal, Amilasa 25 UI LDH 276 Cai 1,09 meq/l Pla<sub>q</sub> 166000 CPK 166/41 GOT 140 GPT 151 bil t 5,10 bil d 3,4 Quick 47% fibrinógeno 397 factor V 10% albúmina 2,6mg % colesterol 60mg%.TSH 0,01 UI/ml T4 total 28,40 ug/Dl. T4 libre 3,98 ng/Dl. T3 249 ng/dl. ATPO 10000 UI/m **ECG:** FA de alta respuesta.. Serologías para VHA, VHB y VHC negativas, ANCA, colagenograma normal, VDRL no reactiva, antimúsculo liso negativo, Ig A normal, serología Ig G para CMV y VEB positivas, serologías Ig M para CMV y VEB negativas, ASTO 123, HIV negativo **TAC abdomen:** hepatomegalia homogénea. **Ecografía tiroidea:** imagen multinodular con 3 nódulos hiperecogénicos predominantes en ambos lóbulos e istmo. **Centellograma Tiroideo:** hipercaptación difusa (1ra hora 19% 20 hs 58%).

Se implementa aplicación de Iodo 131 por mantener refractariedad al tratamiento médico, evolucionando con mejoría clínica y normalización de los parámetros de laboratorio. Actualmente en tratamiento con T4 100 ucg.

**Conclusión:** Motiva la presentación del caso la baja incidencia de la insuficiencia hepática como forma de inicio de la tirotoxicosis.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable:.....de Mingo / Fescina.....

Servicio: .....Clinica infectologia.....

T.E. PERSONAL: .....1550639967 / 1555165025

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **SINDROME CEREBELOSO COMO PRESENTACIÓN DE OCLUSIÓN DE ARTERIA TRIGEMINAL.**

**Autores:** Garcia I., ; Fescina P; de Mingo N; Baccaro, F; Balza Moreno J.

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica. Hospital Churruca-Visca

Síndrome cerebeloso: se caracteriza por trastornos de la dirección motriz sinérgica, disimetría, trastorno del lenguaje, incoordinación, asimetría. Arteria trigeminal se origina en la salida de carótida interna del conducto carotídeo, desde allí puede seguir el trayecto del trigémino o cruzar el dorso de la silla para unirse con la basilar. Puede encontrarse de modo casual pero hay que considerar su frecuente asociación con aneurismas y malformaciones vasculares. Es la anomalía más frecuente. Surge en el lugar de salida de la arteria carótida interna del conducto carotídeo antes de penetrar en el seno cavernoso y, desde allí, sigue una trayectoria posterior y lateral acompañando al nervio trigémino (41%) o bien cruza el dorso de la silla turca (59%) para terminar uniéndose a la arteria basilar.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 54 años con antecedentes de hipertensión de 10 años de evolución, apendicectomía. Que consulta el 14/07/2008 por vértigos ante cambios de posición, inestabilidad en la marcha, sumado a cuadro de cefalea holocraneana de intensidad 7/10, mareos, náuseas y vómitos, autolimitándose. Ex físico: Lúcido, marcha titubeante e inestabilidad, lateropulsión a la derecha visión borrosa, ataxia, adiadococinesia y disimetría. Laboratorio normal, LCR: CFQ: dentro de parámetros normales. RMN de encéfalo, y fosa posterior: presencia de lesión heterogénea en T2 que provoca efecto de masa sobre el IV ventrículo colapsándolo, e imagen compatible con proceso hemorrágico ubicándose en vermis cerebeloso a predominio de hemisferio cerebeloso izquierdo. Angio RMN: Tronco basilar que presenta un origen lateralizado a la izquierda. Presencia de un vaso con señal de flujo arterial a nivel de C5 de arteria carótida interna izquierda, que se anastomosa con el tercio superior del tronco basilar, compatible con arteria trigeminal persistente.

**Conclusión:** Se presenta este caso con el fin de presentar Sme Cerebeloso de causa poco frecuente.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano... Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025 / 1550639967.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **TERAPIA BIOLÓGICA EN EL LES REFRACTARIO A TRATAMIENTO HABITUAL**

**Autores:** Cisneros E; de Mingo N; Fescina P; Cengarle C; Balza Moreno J; Mazzoccoli G

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica, Hospital Churruca-Visca.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune cuyo tratamiento es AINES, glucocorticoides, inmunodepresores e inmunomoduladores. El rituximab, anticuerpo monoclonal anti-CD20, es utilizado en pacientes con LES refractario al tratamiento habitual, con buena respuesta.

**Caso Clínico:** paciente femenino de 21 años con LES (2004), nefritis lúpica síndrome nefrótico, anemia normocromica y normocitica, enteritis lúpica, psicosis lúpica en tratamiento con corticoides, hidroxiclороquina, metotrexate y pulsos de ciclofosfamida, hipercolesterolemia, Hta, diabetes metacorticoidea, ingresa por abdomen agudo y cambios conductuales Laboratorio: GB 14000, Hto 30.6, Urea 1.24, creatinina 2.4, PCR 6.44, C3 36, C4 4. FAN: positivo patrón moteado, AntiDNA positivo, VDRL no reactivo., Rx abdomen: dilatación del marco colónico, edema interasas en intestino delgado. Ecografía abdominal: líquido libre en hipogastrio, ambos espacios parietocólicos y suprahepático. Marco colónico y asas de delgado dilatadas sin imagen de movimiento hidroaéreo (íleo generalizado). RMN de cerebro con difusión sin gadolinio: imágenes a nivel parasagital parietales y frontal del lado izquierdo que podrían corresponder a vasculitis. RMN de abdomen y pelvis con gadolinio: Engrosamiento de las paredes del colon y dilatación de asas de delgado. Se interpreta como reactivación de su enfermedad de base. Recibe tres pulsos de metilprednisona, inicia tratamiento empírico con ciprofloxacina y metronidazol, con mejoría clínica y cultivos negativos. Debido a la refractariedad al tratamiento, se indica rituximab cada siete días. Se evidencia mejoría clínica a partir de la segunda dosis. Al concluir tratamiento presenta antiDNA negativo, PCR 0,87, C3: 62 y C4 16.

**Conclusión:** Motiva la presentación transmitir nuestra experiencia en el tratamiento con rituximab en la reactivación del LES refractario a la terapéutica convencional.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano... Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica infectologia.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **LOXOCELISMO CUTANEO**

**Autores:** Oborski R., Barbero MA.; Fescina P; de Mingo L; Valerga M; Balza Moreno J.

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica e Infectología Hospital Churruca-Visca

Se denomina loxocelismo al accidente tóxico que se produce por la inoculación del veneno necrotizante y hemolítico de la araña del género loxocles especie Laeta que produce manifestaciones cutáneas, gastrointestinales, hematológicas y renales.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 62 años con antecedentes de tabaquismo, colecistectomía convencional, que refiere episodio de mordedura de araña en pie derecho, con dolor urente y sostenido inmediato, evolucionando en horas siguientes con placa eritematosa en dorso de pie y cara lateral de pierna derecha, fiebre de 40°C, vómitos y adenomegalia inguinal derecha. Consulta a médico que indica analgésicos, antibióticos y corticoides. Luego de 24 hs la sintomatología progresa por lo que consulta a este hospital, donde es evaluado por Servicio de Infectología quienes indican punción de la lesión, obteniéndose material serohemático, decidiéndose su internación por sospecha de loxocelismo. Al ingreso se halla lúcido, TA 110/80 FC 80 FR 16 T° 36. Lesión necrótica en pie y cara lateral de pierna derecha con placa eritematosa perilesional extensa hasta raíz de muslo. Adenopatía inguinal no dolorosa no adherente a planos profundos de 6x4 cm. Laboratorio: Hto 42%, GB19300 Plaquetas 207000 glucemia 0,50 TGO 40 TGP 63 Urea 82 Creatinina 1,8 Ionograma 145/4,12 Quick 75% BT 0,50 CPK 281 LDH 162 VSG 70 PCR4,5 ECG:normal RX TORAX:normal. Se realizan hemocultivos que resultan negativos, cultivo de líquido de punción también negativos, tratamiento con ampicilina-sulbactam y ciprofloxacina. A las 72 hs del ingreso se evidencia mejoría de lesión local, laboratorio: hto 43 % GB 19000 Urea: 0,41 Creatinina 1,20 TGO 28 TGP 64 CPK 29 LDH 207 Ionograma normal. En seguimiento por Servicio de infectología Y cirugía plástica, quienes realizan escarectomía y curaciones oclusivas seriadas.

**Conclusión:** Motiva la presentación del caso la baja incidencia de loxocelismo cutáneo visceral en Capital Federal.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano... Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **NOCARDIOSIS MUCOCUTANEA**

**Autores:** Bauer, I; Papaginovic Leiva, Elisii, D; de Mingo N; Fescina P; Cengarle C., Balza Moreno J

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica, Hospital Churruca-Visca

Los pacientes inmunocomprometidos o con uso prolongado de corticoides se asocia a infección por nocardia. La nocardiosis es una infección bacteriana inusual por actinomices anaerobio del género nocardia. Existen más de 16 tipos de nocardia spp. Puede causar lesiones localizadas o sistémicas supurativas. Existen cuatro patrones: cutánea 1º, linfocutanea, cutánea con foco diseminado y el micetoma.

**Caso clínico:** paciente femenina de 43 años, antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolipídico, enfermedad pulmonar intersticial asociadas al LES e hipertensión pulmonar secundaria con oxigenoterapia domiciliaria, medicada con prednisona 8 mg/día. Sufrió accidente de tránsito, con trauma grave de miembros inferiores con amputación supracondilea derecha en 2005. Infección de partes blandas en codo izquierdo que cumplió tratamiento con anfotericina B liposomal local, e intrabursal 2007. Ingresa el 01/04/08 por presentar lesiones múltiples nodulares supuradas de distinto tamaño, dolorosas en cara anterior de mano izquierda sin puerta de entrada. Realiza tratamiento con TMS por vía oral. Se realiza punción por piel sana. Debido a presencia de nueva lesiones en torso y zona interescapular se decide su internación. Resultado cultivo de piel: Nocardia spp sensible a amikacina, trimetropina-sulfametoxazol (TMS). Inicia tratamiento endovenoso con TMS. Se realiza tomografía de encéfalo torax y abdomen sin signos de diseminación. Ecografía y Rx de mano sin compromiso de planos profundos. Recibe tratamiento por un mes y se rota a vía oral completando 6 meses.

**Conclusión:** se presenta el caso dada la baja prevalencia de nocardiosis en nuestro ámbito.



# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano... Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **RABDOMIOLISIS POR DEFICIT DE CARNITINA**

**Autores:** Pereyra, V; Fescina P; de Mingo N; ; Parodi D J, Zapata, S; Balza Moreno J., Mazzoccoli G.

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica. Hospital Churruca-Visca  
El déficit de carnitina palmitoil transferasa (CPT) es un trastorno autosómico recesivo con dos expresiones: la forma infantil (tipo I, hepática) y la adulta (tipo II, muscular). Esta última, es la causa más frecuente de rabdomiólisis de esfuerzo.

**Caso clínico:** paciente masculino de 27 años, ex tabaquista que ingresa por presentar dolores musculares generalizados con impotencia funcional, CPK máxima mayor a 90 000, Urea: 0.93 y Creatinina: 4.4 Na: 136 K: 5.4 TGO: 2249 TGP: 525 BT: 2.1 LDH: 885 Sedim urinario: Densidad 1015 Ph: 6 Proteínas 3+ Hemoglobina 4+ Glucemia 1+. Intercurre con necrosis tubular aguda sin respuesta al tratamiento médico por lo que inicia diálisis de urgencia (10 sesiones) Serologías para HBV, HCV, HIV y CMV negativas. Biopsia cuádriceps negativa. Perfil de carnitina positivo para déficit de Acil Carnitil Transferasa. Fue dado de alta con cifras renales normales.

Paciente femenino de 24 años de edad con antecedentes de faringitis a repetición, rabdomiólisis espontánea que requirió internación en dos oportunidades. Ingresa por nuevo episodio de rabdomiólisis con CPK: 24625, coluria e impotencia funcional. Hto: 35 GB: 7120 B: 12 Glu: 0.99 Urea: 0.20 Creatinina: 0.90 Na: 146 K: 3.6 GOT: 654 TGP: 134 PHu: 5. Se le realiza biopsia muscular, negativa para rabdomiólisis en actividad. Fosforilasa, FFK, Miodenilato deaminasa negativas. Perfil de carnitina positivo para déficit de Acil Carnitil transferasa.

Actualmente ambos reciben tratamiento con carnitina por vía oral.

**Conclusiones** Se presentan 2 casos de Rabdomiólisis espontáneas por déficit de Acil Carnitil Transferasa, debido a no ser la causa más prevalente y por la diferente evolución de los casos.

**AUTORES:** Silvia Melli, Estrella Asayag de Rott, Lilian Psathakis, Vanina Cerruti.

**Servicio:** Alergia.

**Objetivo:** Estimar que tipo de patologías predominan en las urgencias derivadas a este servicio y de ellas que porcentaje ocasionan licencias medicas, valorando el ausentismo laboral generado por dichas patologías.

**Material y Métodos:** Se analizaron las historias clínicas de 160 pacientes (82 masculinos y 78 femeninos) que fueron derivados en forma urgente desde los diferentes servicios de este Hospital y otros centros asociados en el periodo comprendido entre el 22 de Abril y el 27 de Junio del corriente año.

**Resultados:** Las consultas por patología cutánea fueron el motivo preponderante (85.6%), y de ellas la Urticaria la de mayor frecuencia (41.25%), seguida por Dermatitis (13.5%), Angioedema (10%). Otras ( Toxidermias, Prurigos, Rash, Pruritos Inespecíficos y Reacciones por Drogas) sumaron un 21.25%. El requerimiento por urgencias de Vías Respiratorias fue del 11.25%, (Asma Bronquial, 5% y Bronquitis, 6.25%). Las Conjuntivitis abarcaron solo un 2.5% del total de las consultas. Solo se otorgaron licencias Medicas en 2 pacientes (1.25%), una Crisis Asmática y una Urticaria Gigante.

**Conclusiones:** La patología predominante es la dermatológica, tanto aguda como crónica. Hay una deficiencia en las pautas de tratamiento en los Servicios de Urgencia para contención primaria de estas patologías. Por ultimo, se genero un escaso porcentaje de Licencias Medicas.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano... Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **SINDROME HIPEREOSINOFILICO COMO FORMA DE PRESENTACION DE LINFOMA T.**

**Autores:** Barbero A ;Alvares C; Fescina P; de Mingo N; Parodi ; Labatto, C; Baccaro F., Balza Moreno J.,

**Servicio:** Servicio de Clínica Médica. Hospital Churruca-Visca

El Linfoma Periférico de Células T corresponde aproximadamente al 10% de los LNH. Se reconocen diversas entidades, siendo la más frecuente el tipo no especificado. Suele presentarse en estadio clínico avanzado con infiltración medular y mal pronóstico, siendo inicialmente una enfermedad diseminada, con eosinofilia, prurito, adenopatías y compromiso hepato-esplénico

**Caso Clínico:** Paciente varón de 76 años con antecedentes de HTA, que comienza con síndrome constitucional con pérdida de peso involuntaria (10 kg en el último año). **Examen Físico** rash maculo-papuloso eritematoso en tronco y extremidades, prurito, adenopatías cervicoaxilares, supraclaviculares e inguinales y esplenomegalia. **Laboratorio:** anemia normocítica normocrómica y leucocitosis con hipereosinofilia, hipoprotrombinemia, VSG 19, hipergamaglobulinemia (2.41 g%), IgG + para EBV y CMV, dosaje de serologías para HIV, HBV negativas y HCV indeterminado. **Frotis de sangre periférica:** Hematocrito 42%, Hb 13.3 g% GB 75.300/ml, neutrófilos segm 50%, eosinófilos 23%, linf 22%, mon 2%, Plaquetas 293.000/ml. **Estudios de imagen:** esplenomegalia 140 mm por ecografía. **TAC:** adenopatías cervicales, axilares, hígado aumentado con densidad conservada, esplenomegalia con áreas hipodensas que sugieren infiltración, adenomegalias lumboaórticas y pelvianas múltiples. **Biopsia ganglionar:** parénquima ganglionar reemplazado por proliferación difusa de elementos linfoides maduros de diferente tamaño, núcleos redondos u ovales, nucléolo inconspicuo, escaso citoplasma. Alternan eosinófilos e histiocitos. Proliferación vascular arborizante, mitosis en número incrementado. **Diagnóstico:** LINFOMA T PERIFERICO TIPO NOS (WHO).PAMO-BMO: médula hiperplásica, con infiltrados linfoides nodulares, con características vinculables con los de un compromiso medular de un Linfoma T.

**Conclusión :** Se presenta este caso con el fin de mostrar una presentación poco frecuente del Linfoma T.

## Planilla para presentación de trabajos libres

Responsable: **COSTAS OLMOS, Benjamín**

Servicio: **Otorrinolaringología**

T.E. Personal: **15-5764-2860**

T.E. Interno del servicio: **4654 - 4712**

### **TÍTULO:**

TREPANACIÓN DE SENO FRONTAL PARA RESOLUCIÓN DE MUCOPIOCELE POST TRAUMÁTICO.

### **AUTORES:**

COSTAS OLMOS, Benjamín – CURI, Juan Ramón – TORRÉNS, Sebastián – RIVERO, Domingo – GARCÍA Laura – FIORA, Gerardo - DELANEY, Máximo.

### **SERVICIO:**

Otorrinolaringología.

Jefe: Dr DELANEY, Máximo Cosme.

### **OBJETIVO:**

Determinar la importancia del abordaje frontal externo en resolución de patología tumoral en senos frontales post traumáticos y/o post quirúrgicos.

### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Se realiza presentación de caso clínico de paciente con antecedentes de traumatismo encéfalo craneano (TEC) con fractura de seno frontal en 1975, intervenido por neurocirugía.

Concurre 33 años después con mucopiocele de seno frontal derecho.

### **RESULTADOS:**

Paciente de 67 años de edad, con antecedente de TEC (1975), intervenido por neurocirugía.

Concurre a Servicio de ORL (2008), por presentar formación duro elástica en región supraciliar derecha con signos de flogosis en piel y ligera ptosis palpebral.

Se realizan estudios complementarios (RMN, TAC), con diagnóstico de mucocelo frontal complicado, con erosión de techo orbitario y posible exposición de fosa cerebral anterior.

Se realiza trepanación de seno frontal mediante incisión glabelosupraciliar. Se evidencia pared anterior dehiscente, por la que emana material mucopurulento proveniente de mucocelo de receso lateral. Se evidencia erosión de techo orbitario y pared posterior de seno frontal con exposición de orbita y duramadre, sin evidencia de fuga de líquido cefalorraquídeo. Se realiza desfuncionalización de seno frontal con remoción completa de su mucosa y bloqueo de dicho seno con grasa abdominal.

### **CONCLUSIONES:**

Actualmente la indicación primaria para resolución de mucocelos frontales sigue siendo la cirugía videoendoscópica nasal, salvo indicaciones puntuales en donde antecedentes traumáticos y/o quirúrgicos dificultan abordajes endoscópicos ampliados con control visual de fosa cerebral anterior y cavidad orbitaria.

Dada las características del caso clínico y la evaluación prequirúrgica se decide realizar abordaje convencional externo obteniéndose un óptimo control del seno frontal, fosa cerebral anterior y cavidad orbital, con resolución de su patología.

# Ejemplo de llenado de trabajo XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano...Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1550639967.../ 1550639967.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE VENA CAVA SUPERIOR, INFERIOR Y SUBCLAVIA**

**Autores:** Tosti R, Gilabert V, Alvares C., de Mingo L., Fescina P., Armesto G., Balza Moreno J.

### **Servicio: Clinica Médica**

La tromboflebitis séptica de la vena subclavia derecha es infrecuente y constituye una situación grave. Causas más frecuentes: catéteres venosos centrales y el uso de drogas endovenosas. La naturaleza endovascular de la infección puede dar focos sépticos metastáticos. El tratamiento con antibióticos y anticoagulación (ACO) mejora el pronóstico.

**Caso clínico:** Paciente varón de 46 años, HTA, IRC en diálisis trisemanal (2007) por catéter permanente con múltiples infecciones asociadas al mismo. Comienza con fiebre se realiza HMC y retrocultivo del catéter y se indica vancomicina (vanco) con recambio del cateter por obstrucción. Al ingreso: Febril permancath subclavio derecho, hepatoesplenomegalia y soplo mitral 3/6. Serologías: HBV, HCV y HIV negativas. Flebografía: Oclusión vena subclavia izquierda. Presenta registros febriles y bacteriemia HMC+ SAMR sensible a vanco. Por fiebre persistente y HMC+ S. Epidermidis, retrocultivo, HMC y punta de catéter + para Serratia se agrega Imipenem. Ecodoppler vasos de cuello portal y venas suprahepáticas sin particularidades. Ecocardiograma transesofágico (Eco Te): estenosis parcial de VCS. Vena yugular posterior con trombo suboclusivo, IM y aórtica leve. Inicia ACO se suspende por plaquetopenia. TAC de tórax: múltiples imágenes compatibles con embolias sépticas. HMC+ Serratia, se indica ciprofloxacina + amikacina. PAMO que se interpreta como PTI. Inicia tto con meprednisona con normalización de plaquetas. Se reinicia ACO. Cultivo para hongos de MO negativos. Eco TE: trombo en VCI móvil de 3 cm de longitud que asoma a aurícula y trombo fijo en VCS. Eco doppler vasos de cuello: yugular interna derecha parcialmente trombosada en su origen. Se realiza 4º juego de HMC negativos. El paciente continúa con tratamiento antibiótico y ACO, evaluando eventual tratamiento quirúrgico.

**Conclusión:** Mostrar una grave complicación de la colocación de catéteres centrales, con repercusión sistémica dada la baja frecuencia de tromboflebitis que compromete VCS, VCI y AD.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: Cristina Raquel Hermida

Servicio: Gastroenterología - Proctología

T.E. PERSONAL: 46823984

T.E. interno del servicio:

## **SINDROME DE GARDNER: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Autores:** Hermida Cristina<sup>1</sup>, Alcaraz P<sup>1</sup>, Castelluccio S<sup>1</sup>, Vecchio P<sup>2</sup>, Fantozi M<sup>2</sup>, Copello H<sup>1</sup>, Dezano V<sup>2</sup>

Gastroenterología y Proctología

**Servicios:**

**Objetivo:** Presentar una patología poco frecuente de interés en la práctica clínica.

**Paciente y Métodos:** Varón de 25 años, con déficit mental neonatal. Presenta diarrea crónica, intermitente, tratado con antibióticos y probióticos sin mejoría clínica. Hematoquezia aislada y pérdida de peso. Se objetivó anemia, eritrosedimentación acelerada. Se descartó malabsorción y causas infecciosas. Endoscopía digestiva alta normal, con presencia en colonoscopia de múltiples pólipos sésiles y pediculados, entre 3 y 15 mm, de tipo adenomatoso tubular con displasia de bajo-moderado grado. La tomografía de abdomen y pelvis fue normal. El Test genético halló delección del brazo largo del cromosoma 5. Se realizó colectomía total con íleo-rectoanastomosis, con buena evolución clínica.

**Discusión:** Es una poliposis adenomatosa familiar, enfermedad autosómica dominante, prevalencia: 1 en 7.500 pacientes. Hereda un alelo APC mutado del padre afectado. Presenta más de 100 pólipos colónicos manifestados en la pubertad, son adenomas vellosos y tubular, la mayoría menores a 1cm. El cáncer es inevitable en la historia natural. Se asocia a pólipos del tubo digestivo superior y medio, osteomas, anomalía dentaria, tumor de tejidos blandos, tumor desmoide, hiperplasia congénita retiniana, cáncer de tiroides, biliar, hígado y suprarrenales. Tratamiento: colectomía total. Este paciente tenía historia de diarrea y hematoquezia, osteomas mandibulares, lipomas, dientes supernumerarios, más de 1000 pólipos colónicos adenomatosos y delección del cromosoma 5.

**Conclusiones:** Patología poco frecuente con manifestaciones endoscópicas y genéticas típicas. Es importante controlar las alteraciones extracolónicas. La pesquisa genética familiar es importante para detectar asintomáticos y tratarlos.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN TERAPIA INTENSIVA

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** D Quaranta, D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, C Canessa, E Arista, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Analizar las características clínicas y evolución de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (HDA) que requirieron internación en una unidad de terapia intensiva (UTI).

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional que incluyó a todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de HDA no variceal desde 01/09/2006 al 31/03/2008. Se analizaron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía y mortalidad en UTI. Se compararon en subgrupos: tratamiento endoscópico/médico, con y sin requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM), complicaciones infecciosas ó no y la presencia o no de insuficiencia renal aguda (IRA). Los datos se expresan como tasa, media y desvío estándar (DS), para el análisis estadístico: Chi Cuadrado y el Test de T. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Ingresaron 922 pacientes, el 4 % presentaron diagnóstico de HDA. El 70 % fueron hombres con una edad de 65.8 (14.8) años, APACHE II 16.3 (9.0), SAPS II 37.7 (19.4), estadía 4.8 (6.2) días y una mortalidad del 19 %. Se observó que el 5% correspondían a Forrest Ia, 65 % Forrest Ib, 30% Forrest IIa. El 54% recibió tratamiento endoscópico, en este grupo el 70% fueron hombres con una edad 62 (14) años, APACHE II 13.6 (8.5), SAPS II 33.1 (17.2), con una estadía de 6.2 (7.7) días y una mortalidad 20%. El 46% recibió tratamiento médico de los cuales el 70 % fueron hombres, edad 70.4 (15), APACHE II 19.8 (8.6), SAPS II 43 (21), estadía 3.2 (3) días y la mortalidad fue del 17%.

	ARM	NO ARM	INFECCION	NO INFECCION	IRA	NO IRA
<i>n</i>	16	21	10	27	15	22
SEXO	75%	66.7%	90%	63%	60 %	77.3
EDAD	65.1 (15.8)	66.4 (14.4)	61.6 (17.4)	67.4 (13.8)	69.4 (13.8)	63.4 (15.3)
APACHE II	20.4 (10.2)	12.9 (6.1) *	20.9 (12.8)	14.5 (6.3) *	21.4 (9.6)	13.0 (6.8) *
SAPS II	50.1 (21.6)	28.5 (10.8) *	49.0 (23.4)	33.2 (15.9) *	40.9 (18.2)	35.6 (20.3)
ESTADIA	7.8 (8.3)	2.5 (2.0) *	10.7 (9.5)	2.6 (1.8) *	6.5 (8.4)	3.7 (3.8)
MORTALIDAD	43.8	0 *	40%	11.1	20 %	18.2

\*  $p < 0.05$

**Conclusiones:** No se observó diferencia entre el tratamiento médico y endoscópico. Los que requieren ARM, presentaron infecciones e IRA son pacientes con scores de gravedad más altos; además los que requieren de ARM presentan mayor estadía en UTI y mortalidad.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: Gonzalo Grazioli

Servicio: Unidad de emergencia – Unidad Aérea Federal

T.E. PERSONAL: 15 56194912

T.E. interno del servicio: 4763

## **Heridos de bala trasladados en helicóptero. 8 años de experiencia.**

**Autores:** Azrievich D, D'Angelo G, Grazioli G, Marino A, Mirabelli H, Sanchez L, Solari A, Venturino J

**Servicio:** Unidad de emergencia – Unidad Aérea Federal

**Objetivo:** realizar un estudio retrospectivo de las características de los pacientes con herida de bala que fueron trasladados por el helicóptero del Servicio de traslado Aéromeo del Hospital Policial Churruca-Visca.

**Material y Métodos:** se analizaron los traslados aero-médicos de pacientes entre el 1º enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2007. La tripulación del helicóptero estaba constituida por el piloto, copiloto, medico y enfermero.

**Resultados:** Se realizaron 459 traslados de pacientes con herida de bala, lo que constituye un 40% del total de las patologías que requirieron traslado aéreo en dicho período.

El lugar desde donde se realizó el traslado fue la vía publica 24%, llamado también *rescate* aeromédico; hospitales CABA 16% y hospitales del gran Buenos Aires 60%, estos dos últimos comprenden lo llamado como *traslado* aeromédico.

La localización de las heridas de bala fue tórax 26%, abdomen 24%, cráneo 23%, miembros inferiores 14%, miembros superiores 7%, pelvis 6%.

Un 17% de los pacientes estaba intubado al momento del traslado. El destino de los pacientes al arribo al hospital fue Terapia Intensiva 36%, Cirugía general 23%, Traumatología 22%, Unidad de emergencia 3%, quirófano de emergencia 16%. La mortalidad global fue del 18,6%.

**Conclusiones:** El uso de la ambulancia aérea en helicóptero (EMS) es una alternativa válida para la evacuación y traslado médico de emergencia en la grandes ciudades donde existe dificultad de acceso terrestre.



# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

### Insuficiencia renal aguda en pacientes críticos

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** A Feldman, D Varela, R Sánchez, M Bono, C Canessa, P Escalante, D Azrievich, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Comparar las características clínicas y evolución de los pacientes que presentaron diagnóstico de insuficiencia renal aguda durante su internación en terapia intensiva (UTI) vs. aquellos que no la presentaron

**Material y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en forma consecutiva a nuestra UTI entre el 01/09/2006 al 31/03/2008, y en especial los pacientes que presentaron insuficiencia renal aguda. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía en UTI, asistencia respiratoria mecánica (ARM), vasopresores y transfusiones. Las variables ordinales se expresaron como media y desvío Standard y las nominales como porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-test para las variables cuantitativas y Chi Cuadrado para las cualitativas. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron un total de 922 pacientes de los cuales el 24% (221/922) presentaron IRA con una urea de 117.8 (85.7) y una creatinina de 4.9 (17.4) y el 76% no presentaron IRA. A continuación se detallan las características de los mismos.

	IRA	NO IRA	p
n	221	701	
Edad	68.7 (14.2)	58.5 (18.9)	<0.05
Apache II	23.3 (9.8)	13.1 (8.8)	<0.05
SAPS II	50.9 (20.5)	31 (20)	<0.05
Requerimiento de ARM	53% (161/221)	17% (119/701)	<0.05
Días de ARM	9.7 (4.9)	9.6 (5.7)	ns
Días de UTI	9.8 (13)	4.9 (6.8)	<0.05
Vasopresores   Días	4.7 (5.2)	3.5 (3.7)	<0.05
Transfusiones de GR	34.8 % (77/221)	18.4 % (129/701)	<0.05
Mortalidad	49.3 (19/221)	13.2 (93/701)	<0.05

El 47 % de estos pacientes requirió tratamiento dialítico los que presentaron una mortalidad de 32.1 %.

**Conclusiones:** Los pacientes con IRA en UTI presentan scores de gravedad más altos, mayor requerimiento de transfusiones de glóbulos rojos, vasopresores y estadía en UTI, así como mayor mortalidad.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: de Mingo Luciano... Fescina Pablo.....

Servicio: .....Clinica Medica.....

T.E. PERSONAL: .....1555165025.....

T.E. interno del servicio: .....4936/4655.....

## **LINFOMA DE BURKITT (LB) EN EL ADULTO INMUNOCOMPETENTE.**

**Autores:** Pastorino V., Cirone G., Fescina P; de Mingo N; Alpern, G; Balza Moreno J., **Servicio:** Servicio de Clínica Médica. Hospital Churruca-Visca  
El LB es una neoplasia de células B de alto grado, de rápido crecimiento. Representa menos del 1% de los linfomas no Hodgkin del adulto. Se lo clasifica en endémico, esporádico o relacionado a inmunodeficiencia principalmente al SIDA..

**Caso Clínico:** Paciente varón de 21 años con antecedentes de HDA en los 3 meses previos con una VEDA que evidenció dos úlceras antrales gigantes, tratamiento por 3 meses con rabeprazol con disminución de 4-5 Kg. de peso y dispepsia. Ingresó con diagnóstico de LB por biopsia gástrica para estadificación y tratamiento. **Examen físico:** Lúcido, TA 120/70, FC 85, FR 17, 36.4°. Tumoración duroelástica en epigastrio e hipocondrio izquierdo adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación profunda. Sin adenopatías ni visceromegalias palpables. **Laboratorio:** Hto 42%, Hb 14.8, plaquetas 430000, glucemia 0.83, urea 23, creatinina 0.8, Quick 80%, TGO 21, TGP 33, BT 0.15, Na 140, K 4.8, LDH 549, albúmina 3.8, proteínas totales 6.9. Proteinograma electroforético normal. Serologías para HIV, HAV, HBV, HCV negativas; EBV Ig M negativa, Ig G positiva; Herpes I y II positivas. CMV pendiente. **Inmunofenotipificación de LCR:** Sin evidencia fenotípica compatible con compromiso por linfoma no Hodgkin. **Biopsia gástrica:** LB con fenotipo CD3 (-), CD45RO (-), CD20 (+), CD79a (+), CD5 (-), BCL2 (-), BCL6 (+), ciclina D1 (-), TdT (-) y Ki67 (+ en casi el 100% de las células linfoides neoplásicas). **Biopsia de MO:** Pendiente resultado. **Imágenes:** TAC de encéfalo, cuello, tórax, abdomen y pelvis con marcada distensión y engrosamiento difuso de las paredes del estómago con densidad heterogénea y alteración de la grasa que lo rodea; formación hipodensa de bordes mal definidos de 10 cm de diámetro en proyección retrogástrica sin plano de clivaje con el páncreas, esplenomegalia. Recibe primer ciclo de tratamiento quimioterápico con disminución del tamaño del tumor.

**Conclusión:** Se presenta el caso dada la baja prevalencia del LB en el adulto inmunocompetente.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

### NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN TERAPIA INTENSIVA

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** C Canessa, D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, P Escalante, E Arista, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Analizar las variables demográficas, evolución y pronóstico de los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron a todos los pacientes desde el 01/09/2006 hasta el 31/03/2008 con diagnóstico de NAC según criterios de Fang y cols. Se analizó: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, SOFA, score de Fine, días de internación en UTI, requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM), ventilación no invasiva (VNI), vasopresores, transfusiones, presencia de insuficiencia renal aguda (IRA) y mortalidad. Los datos se presentan como media y desvío Standard, para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado o test de Fisher; se tomó como significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Ingresaron 922 pacientes, 5.2 % presentó diagnóstico clínico de NAC, el 56.2 % hombres, 43.8% mujeres con una edad de 67 (16.7) años. Score de Fine de 142 (26.3), APACHE II 21.1 (7.6), SAPS II 48.4 (18.6) con 6.6 (5.3) días de internación en UTI y una mortalidad 35.4 %. El 77 % requirió ARM durante 6.4 (4.2) días, con un tiempo de weaning de 1.2 (0.5) días. El 10.8 % requirió reintubación orotraqueal y en el 13.5 % se realizó traqueotomía, a los 10.2 (5.2) días de ARM. En el 31.2% se realizó inicialmente VNI durante 2.1 (2.3) días; el 40 % fue exitosa y el 60 % fracaso. Se obtuvo rescate bacteriológico en el 39.6%: *St. pneumoniae* 36.8 %, *St. aureus* 21 %, *Ps. aeruginosa* 15.8 %. La incidencia de bacteriemias fue del 14.6 %.

	n	Edad	APACHE II	SAPS II	Días de UTI	Mortalidad
Sin ARM 11/48	11/48 (22.9 %)	63 (21.1)	12.3 (4.8)	32.2 (14.7)	2.9 (1.8)	0
Con ARM 37/48	37/48 (77.1 %)	68.2 (15.3)	23.7 (7.4)	53.3 (16.9)	7.7 (5.5)	45.9 %
p		NS	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

	Tasa	Mortalidad	p
Transfundidos	14.6 %	71.4 %	NS
No transfundidos		29.3 %	
Con Vasopresores	66.6 %	40.6 %	< 0.05
Sin Vasopresores		0 %	
Con IRA	39.6 %	52.6 %	NS
Sin IRA		24.1 %	

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan a UTI con diagnóstico de NAC son pacientes con scores de gravedad y tasa de reintubación elevados. Presentan un alto índice de fracaso a tratamiento con VNI. Los que requieren de ARM y vasopresores tienen mayor mortalidad y estadía en UTI más prolongada.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

### NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** E Arista, C Canessa, D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, P Escalante, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Comparar las variables clínicas y el pronóstico de los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva (UTI) que requieren asistencia respiratoria mecánica (ARM) en general con los que presentan neumonía asociada al ventilador (NAV).

**Material y Métodos:** Se incluyeron los pacientes desde el 01/09/06 hasta el 30/03/08, que requirieron ARM y los que presentaron NAV. Se analizó: edad, sexo, Apache II, SAPS, días de ARM, días de Weaning, estadía en UTI, requerimiento de traqueotomía, transfusión de glóbulos rojos (GR), vasopresores, fallo renal agudo y mortalidad. En pacientes con NAV se consideró si el tratamiento antibiótico fue adecuado o no. Los datos se expresaron como media, desvío estándar y porcentaje, el test de t y el *chi* Cuadrado o test de Fisher para el análisis estadístico. Se consideró una diferencia significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 482 pacientes, 56.8 % hombres y 43.2 % mujeres, de los cuales 9.9 % presentaron NAV, con una densidad de incidencia (DI) de 14.6, la cual fue diagnosticada al 9.4 (8.1) días, un CPIS de 6.3 (1.2)

	NAV	No NAV	p
<b>n</b>	49	433	
<b>Edad</b>	59.1 (18.3)	64.4 (17.3)	NS
<b>Apache II</b>	22.4 (8.4)	21.3 (9.7)	NS
<b>SAPS II</b>	47.6 (16.7)	49.6 (21.3)	NS
<b>Estadía en UTI</b>	18.7 (14)	8.4 (10.4)	< 0.05
<b>Días de ARM</b>	14.6 (13.4)	5.5 (7)	< 0.05
<b>Traqueotomía</b>	37.5 %	9.4 %	< 0.05
<b>Vasopresores</b>   <b>Tasa</b>	71 %	56 %	< 0.05
<b>G. Rojos</b>   <b>Unidades</b>	7.5 (8.8)	4.5 (3.8)	< 0.05
<b>Fallo Renal Agudo</b>	33.3 %	27 %	NS
<b>Mortalidad</b>	50 %	38 %	NS

Se evaluó el tratamiento antibiótico el cual fue adecuado en el 43 % e inadecuado en el 57 %, y su mortalidad 33.3 % y 60.7 %, con una  $p$  no significativa. Los gérmenes aislados más frecuentes fueron *A. baumannii* 69.3 %, *Ps. aeruginosa* 26.5 %, *K. pneumoniae* 12.2 %, *St. aureus* 12.2 %. En los pacientes en los cuales se aisló *A. baumannii* la mortalidad fue de 61.7 %, otros gérmenes 20 % con una  $p < 0.05$ .

**Conclusiones:** Los pacientes con NAV presentan scores de gravedad similares al resto de la población; mayor requerimiento de traqueotomía, vasopresores, transfusión de GR, estadía en ARM y UTI, sin un aumento en la mortalidad. La mortalidad fue mayor en pacientes con tratamiento antibiótico inadecuado y aislamiento de *Acinetobacter baumannii*.

Responsable: Rivero, Domingo José

Servicio: Otorrinolaringología

Tel. Personal: 15-6018-1924

Tel. Interno del servicio: 4654 / 4712

**TITULO:** VENTAJAS DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASAL EN EL MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES.

**AUTORES:** Rivero, D. José - Costas Olmos, Benjamín - Real, Luciana E. – Fiora, Gerardo L. – Novello, Liliana N. – Delaney, Máximo C.

**SERVICIO:** Otorrinolaringología

**OBJETIVOS:** Valorar los aspectos técnicos y económicos, y las ventajas del abordaje quirúrgico nasal, mediante cauterización endoscópica de la arteria Esfenopalatina, para el tratamiento de las epistaxis posteriores.

Considerar la importancia de evitar la morbilidad de la internación y taponaje posterior en el tratamiento de dicha patología.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de 21 pacientes (15 hombres, 6 mujeres) con diagnóstico de epistaxis posterior ingresados a la guardia del servicio de Otorrinolaringología, entre enero de 2006 y febrero de 2008.

La media de edad fue de 47 años (36-68). Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía endoscópica nasal consistente en cauterización endoscópica de la arteria Esfenopalatina para control y tratamiento de su patología.

**RESULTADOS:** En el total de los pacientes se actuó mediante cauterización endoscópica de la arteria esfenopalatina bajo anestesia general. La cirugía fue eficaz en 19 (90,4%) de los 21 pacientes. En los 2 (9,6%) pacientes restantes, se evidenció mala determinación del sitio de hemorragia, constatándose en quirófano el sangrado de arteria etmoidal anterior, con su consiguiente ligadura. No se observaron complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica. En 6 (28,5%) de los pacientes se observaron en el postoperatorio alejado, sinequias entre cornete medio y septum nasal sin repercusiones funcionales. A la fecha, ninguno de los pacientes intervenidos quirúrgicamente presentó recidiva de sangrado. En cuanto a la estadía hospitalaria, esta fue de 48 a 72 horas para los pacientes sometidos a cirugía endoscópica, en comparación a pacientes tratados con taponaje posterior e internación, en los que se estipula estadía de entre 5 y 7 días.

**CONCLUSIONES:** La cirugía endoscópica nasal, con el desarrollo de nuevas técnicas seguras y fiables, ha demostrado ser eficaz y segura en el tratamiento de las epistaxis posteriores. Así mismo, se evidencia una franca disminución en la estadía intrahospitalaria de pacientes con dicha patología, y se evita la morbilidad provocada por la utilización de taponajes posteriores.

**Responsable:** García Gómez, Laura

**Servicio:** Otorrinolaringología

**TTE. Personal:** 15-5763-5056 **TTE. Interno del servicio:** 4654 4712

**Título:** MANEJO DE LA RINUSINUSITIS CRONICA CON PÓLIPOS, POR MEDIO DE CIRUGÍA FUNCIONAL ENDOSCÓPICA DE SENOS PARANASALES

**Autores:** García Gómez, L/Curi, J/ Femia, P/ Battaglia, N/ Delaney, M

**Objetivos:** Valorar los resultados de la cirugía funcional Endoscópica rinosinusal crónica con pólipos en nuestro hospital.

**Materiales y métodos:** Exponemos revisión de 47 pacientes con rinosinusitis crónica con pólipos operados por cirugía funcional Endoscópica durante 2007. Se estudiaron los síntomas, grado de afección, la ocupación de senos paranasales, porcentaje de curación y recidiva.

**Resultados:** En esta serie no hay complicaciones mayores. Complicaciones menores, 10 pacientes; Sinequias son las más frecuentes. Se observó recidiva en 12 pacientes. Los pacientes con ASMA, intolerancia a la Aspirina o ambos trastornos presentan mayor porcentaje de recidiva. Se evidencia correlación entre el compromiso endoscópico preoperatorio y el tomográfico.

**Conclusiones:** El ASMA, la intolerancia a la aspirina o ambos, son de mal pronóstico. Existe bajo grado de complicaciones mayores, y la estadificación utilizada se correlaciona con el grado de ocupación de la endoscopia nasal y la tomografía computada de macizo cráneo facial.

La Cirugía funcional Endoscópica es la mejor opción terapéutica para esta patología posterior al fracaso del tratamiento médico.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008-08-27

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: Claudia Varese.....

Servicio: Pediatría- Sector Consultorios Externos .....

T.E. PERSONAL: 1556651279.....

T.E. interno del servicio: 4298-4789.....

## **SOBREPESO Y OBESIDAD: ¿LOS PEDIATRAS REALIZAMOS DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN OPORTUNA?**

**Autores: Varese, CT;** Gonzalez, M; Ramirez, N; Bertoni, J; Pizzuto, S; Scaltriti G.

**Servicio: Pediatría**

**Objetivo:** Determinar prevalencia de sobrepeso y obesidad en consultas de atención primaria. Evaluar calidad de diagnóstico de estas patologías en los consultorios.

**Material y métodos:** Niños en sus controles de salud desde mayo a julio del 2008. Se estudiaron 268 niños. Se valoró antropometría, circunferencia de cintura, Tanner, tensión arterial; antecedentes personales y familiares de riesgo de síndrome metabólico (SM). Se calculó el índice de masa corporal (IMC): peso /talla en metros al cuadrado. Se definió **sobrepeso:** IMC en percentilo (P) 85-94-**Obesidad:** IMC mayor al P 95. A pacientes con sobrepeso, obesidad y/ o antecedentes familiares de riesgo se solicitó: screening en sangre para detección de SM.

**Resultados:** La **prevalencia de obesidad** (n=268) encontrada fue del **4,4%** (n=12); **la de sobrepeso: 1,1%** (n=3). El rango etario en el que se encontró esta prevalencia fue en niñas de 2 a 6 años y en varones de 8 a 11 años. El **86,6 %** presentó antecedentes personales o familiares de riesgo, no habiendo sido previamente estudiados. El **13,3%** presentó hipertensión arterial. En cuanto a los estudios solicitados sólo 40% retornó con los resultados: siendo **el 80%** de éstos patológicos. Se **diagnosticó SM** en el **20%** de los pacientes con sobrepeso y obesidad, según criterios del ATP III modificado.

**Conclusiones:** La prevalencia encontrada de obesidad es comparable con la reportada a nivel nacional (4,1% a 11%), no así la de sobrepeso que fue llamativamente baja. **Los pediatras debemos tomar conciencia de que nos encontramos ante una epidemia de causa no infecciosa** por lo que **debemos pesquisar antecedentes de riesgo para SM y calcular el IMC sistemáticamente en todas las consultas de control**. Las estrategias preventivas **deben aplicarse en la infancia temprana** (niños de 2 meses a 5 años). **Hay que incluir a la familia en modificación de hábitos alimentarios y aumento de actividad física**. Detectamos que el 80% de las consultas de control de salud se solicitan para menores de 6 años; deberemos abordar a los niños mayores en las consultas por guardia, pues parecería que en los padres rige aún “la visión de la abuela” cuanto “más gordito más saludable”.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca

## EFICACIA DEL USO DE UN PROTOCOLO DE CONTROL DE GLUCEMIAS EN PACIENTES CRÍTICOS

Responsable: Daniel Varela

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

T.E. PERSONAL: 1564774639

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** G Sibila, M Vazquez, D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de un protocolo para un control estricto de glucemias con el objetivo de mantener valores entre 80 y 135mg/dl en pacientes internados en terapia intensiva (UTI).

**Material y Métodos:** Se incluyeron los pacientes ingresados a UTI en forma consecutiva desde 1 de Septiembre de 2006 hasta 28 de Febrero de 2007, los cuales fueron randomizados en dos grupos. Grupo A, (control) en el mismo los controles y correcciones de glucemia fueron realizadas según el criterio del médico de guardia. Grupo B, (protocolo) los controles y correcciones fueron realizados según una grilla preestablecida. Se analizaron las siguientes variables, edad, sexo, Scores de Apache II y SAPS II, valor de las glucemias, episodios de hipoglucemias (< 70 mg/dl), hipoglucemia severa (< 50 mg/dl), mortalidad y complicaciones. Los datos fueron expresados como media y error Standard. Para el análisis estadístico se utilizaron los test de: ANOVA, t-test y chi Cuadrado. Se consideró significativa una p< de 0.05

**Resultados:** : Se incluyeron un total de 153 pacientes, Grupo A 78 y Grupo B 75, los cuales presentaron las siguientes características:

	A	B
Sexo	45 masc	43 masc
Edad	61.1±2	59.6±2.1
APACHE	16.2±1.2	15.9±1.3
SAPS	34±2.8	36.6±2.8
Estadía en UTI	8.6±1.2	9.3±1.6
Mortalidad	24/78 (30.76%)	14/75 (18.66%)
Glucemia ingreso	171.13±6.37	174.88±7.74
Glucemia promedio	160.06±1.58	146±1.15*
Episodio de hipoglucemia	2.37±0.37	3.19±0.58
Hipoglucemia severa	1.91±0.29	1.23±0.15*

**Conclusiones:** No se encontraron diferencias respecto a los datos demográficos entre los grupos estudiados. La utilización de un protocolo para el control de las glucemias permite obtener valores significativamente más bajos cuando se los compara con el grupo control y una menor severidad de los episodios de hipoglucemias. La mortalidad en el grupo protocolo fue menor, aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa.



# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: ...Norberto Grisolía.....

Servicio: Odontología.....

T.E. PERSONAL: ...15-5740-9836.....

T.E. interno del servicio: 4108.....

**Autores:** Roberto Palavecino, Gustavo Sar, Laura Seren, Mariano Chutchurru, Silvana Furfaro, Norberto Grisolía

**Servicio:** Odontología

**Objetivo:** La rehabilitación bucal Ad Integrum (estética, fonética y masticatoria)

**Material y Métodos:** Se utilizaron implantes endooseros de titanio grado II y coronas ceramo-metálicas. Se realizó un encerado diagnóstico sobre modelo yesoso sobre el cual se confeccionó la guía quirúrgica para la fijación de los implantes, se realizaron las exodoncias de las piezas temporarias colocándose una prótesis provisoria removible hasta la finalización del tratamiento

**Resultados:** se logró una rehabilitación aceptable en cuanto a estética, fonética y masticación

**Conclusiones:** Si bien las agenesias múltiples son de baja incidencia, hay que tener en cuenta el déficit en el desarrollo del maxilar afectado dado la falta de estímulo de crecimiento por la ausencia de los gérmenes dentarios, por lo que es fundamental un correcto enfilado tridimensional, lo que permite definir el tipo de aparatología protética a utilizar de acuerdo al caso.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

## REPERCUSIÓN DE LAS INFECCIONES EN LOS PACIENTES CRITICOS.

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** E Arista, C Canessa, D Varela, R Sánchez, A Lucero, N Tiribelli, L Grieco, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Comparar las características clínicas y la mortalidad de los pacientes infectados vs no infectados internados en unidad de terapia intensiva (UTI).

**Material y Métodos:** Se incluyeron los pacientes desde 01/09/2006 hasta 31/03/2008. Se dividió en 2 grupos, aquellos infectados microbiológicamente documentado vs no infectados. Se analizó: edad, Apache II, SAPS II, estadía en UTI, requerimientos de ARM, vasopresores, transfusión de hemoderivados, insuficiencia renal (IR) y mortalidad. Se consideró el sitio de infección y si la misma fue adquirida o no en la UTI. Los datos se presentan como media, desvío estándar y porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-Test y Chi Cuadrado, tomándose como significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 922 pacientes, en 324 (35.1 %) se documentó infección con un total de 469 episodios.

	Infectados <i>n</i> =324 (%)	No infectados <i>n</i> =598 (%)	<i>p</i>		Infectados <i>n</i> =324 (%)	No infectados <i>n</i> =598 (%)	<i>p</i>
<b>Edad (SD)</b>	62,7 (17,9)	60,1 (18,6)	NS	<b>Transfusiones</b>			
<b>Sexo</b>			NS	GRC	95 (29,3)	120 (20,1)	<0,05
Mujeres	138 (42,6)	255 (42,6)		Plaquetas	25 (7,7)	20 (3,3)	<0,05
<b>Scores (SD)</b>			<0,05	<b>IR</b>			<0,05
APACHE II	19,99 (9,5)	13,34 (9,5)		Aguda	99 (30,5)	84 (14)	
SAPS II	45,01 (20,5)	31,30 (20,8)		Crónica	32 (9,9)	45 (7,5)	
<b>VM (DS)</b>			<0,05	<b>Vasopresores/Inotropicos</b>			<0,05
<i>n</i>	237 (73,1)	237 (39,5)		Noradrenalina	183 (56,5)	117 (19,6)	
Días de AVM	8,7 (10)	3,4 (2,9)		Dopamina	23 (7,1)	12 (2)	
Días Weaning	1,6 (3,3)	1,2 (0,6)		Dobutamina	76 (23,5)	43 (7,2)	
Reintubación	38 (16)	15 (6,32)		<b>Estadía (SD)</b>	10,5 (11,4)	3,69 (6)	<0,05
Traqueostomía	64 (27)	24 (10,2)		<b>Mortalidad</b>	110 (33,9)	92 (15,3)	<0,05

El 41.4 % de las infecciones fueron adquiridas fuera de la UTI (infección intra abdominal 40.7 %, neumonía grave de la comunidad 25,8 % y neumonía intrahospitalaria 17.5 % y el 58.6 % dentro de la UTI infección del tracto urinario 45.3 %, neumonía asociada al ventilador 24.2 %, infección por catéter 8.5 %.

**Conclusiones:** Los pacientes críticos que presentan infecciones tienen scores de gravedad más altos y mayor mortalidad. La proporción de pacientes infectados en ARM fue mayor, con mayor estadía, días de weaning y tasa de reintubación. Además, mayor requerimiento de drogas vaso activas, transfusiones de hemoderivados, incidencia de IRA y prolongación de su estadía en UTI.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: Rojas Molina Carlos Javier.

Servicio: Pediatría.

T.E. PERSONAL: 011-1564420130

T.E. interno del servicio: 4769

## **ABSCESO RETROFARINGEO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Autores:** Rojas Molina, Carlos J; Rodriguez Palazzo, Graciela C; Ramirez, Mario a; Laenge, Eric; Somoza Fontan, Mari Sol.

**Servicio:** PEDIATRIA

**Introducción:** El absceso retrofaringeo en pediatría es actualmente una entidad poco frecuente, afecta a niños menores de 5 años. El material purulento se acumula en el espacio alrededor de los tejidos en la parte posterior de la garganta y la mayoría está relacionado a una linfadenitis supurativa secundaria a una infección de cabeza y cuello, como así también a infección de vías aéreas superiores. Los gérmenes más frecuentemente encontrados son estreptococo, staphylococcus y los anaerobios.

**Objetivo:** Analizar a través de un caso clínico una entidad poco frecuente que tiene como punto de partida infecciones habitualmente banales en la práctica profesional.

**Material y Métodos:** Paciente de 4 años, femenino, que comienza con tortícolis y a las 48 horas se agrega fiebre y cefalea, por lo que se interna. Antecedente de angina con hisopado de fauces negativo 10 días previos, medicada con penicilina. Laboratorio de ingreso: Leucocitos: 27.000, Fórmula: 1/84/2/0/8/5, Hto: 36%, VSG: 105 mm/h, PCR: 20,1 mg%, ASTO: 226 U/ml, monotest: negativo. Serología EBV IgG positiva, IgM: negativa, CMV: negativa, Hemo, urocultivo, cultivo de fauces y LCR: negativos. Se indica Ceftriaxona con lo que presenta mejoría clínica. Se realiza Rx Cuello: Ensanchamiento del espacio prevertebral. Tomografía de cuello: imagen hipodensa en espacio retrofaringeo. Resonancia: imagen compatible con colección a nivel prevertebral. Otorrinolaringología y Cirugía sugieren drenaje de colección por lo que se deriva a Hospital de mayor complejidad donde se adopta conducta expectante por mejoría clínica y del laboratorio, continúa con tratamiento antibiótico por vía oral por 6 semanas sin presentar complicaciones.

**Conclusiones:** Destacar la importancia de una correcta anamnesis y tener una alta sospecha, en la práctica profesional diaria, de patologías que suelen ser infrecuentes pero pueden resultar graves si no se instaura un tratamiento correcto y en forma precoz.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

¿LAS TRANSFUSIONES EN TERAPIA INTENSIVA, son un factor de riesgo?

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** R Sanchez , E Arista, C Canessa, D Varela, M Bono, J Carnival, N Tiribelli, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Analizar el impacto en el pronóstico de la transfusión de hemoderivados en pacientes que requieren internación en la unidad de terapia intensiva (UTI).

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo se incluyó pacientes desde 01/09/2006 al 31/03/2008 que requirieron transfusión de hemoderivados según el protocolo de nuestra UTI. Se registraron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadia en UTI y mortalidad. Se analizo requerimiento asistencia respiratoria mecánica (ARM), insuficiencia renal aguda (IRA). Los datos se expresan como porcentaje, media y desvíos estándar. Para el análisis estadístico el Test de Chi Cuadrado y el Test de t. Se considero significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se registraron 922 pacientes, el 24.5% requirió transfusión de hemoderivados, con una edad de 59.6 (18.6) años, APACHE II: 18.4 (10.6), SAPS II: 41.2 (22.5), estadia en UTI de 9.8 (13.1) días, mortalidad del 34%. Los pacientes no transfundidos: edad de 61.4 (18.3) años, APACHE II 14.9 (9.6), SAPS II 34.6 (21.2), estadia en UTI de 4.9 (6.7) días, con una mortalidad: 18%. La comparación entre los scores de gravedad, estadia en UTI y mortalidad presentó una  $p < 0.05$ . De los transfundidos 58,8% eran quirúrgicos con una mortalidad de 26,3%, los clínicos 41,1% con una mortalidad de 46,2%.

n= 226	con IRA	sin IRA	en ARM	sin ARM	Infectados	no Infectados	p
n (%)	94 (41,6)	132 (58,4)	154 (68,14)	72 (31,86)	101 (44,69)	125 (55,3)	
APACHE II (DS)	24,16 (9,11)	14,34 (9,62)	22,21 (9,67)	10,32 (7,12)	21,74 (9,26)	15,81 (10,85)	<0,05
SAPS II (DS)	51,26 (20,87)	33,9 (20,78)	49,5 (20,78)	23,6 (14,87)	47,54 (19,84)	35,91 (23,36)	<0,05
Estadia (DS)	12,22 (15,24)	10,9 (8)	13 (14,72)	3,2 (3,43)	15,45 (13,61)	5,33 (10,73)	<0,05
Mortalidad (%)	49 (52,12)	28 (21,12)	76 (49,35)	1 (1,38)	48 (47,52)	29 (23,2)	<0,05

**Conclusiones:** Los pacientes que requieren transfusiones de hemoderivados en UTI presentan scores de gravedad más altos, estadia en UTI más prolongada y mayor mortalidad. Los pacientes transfundidos clínicos son pacientes más graves y por lo tanto tienen mayor mortalidad que los pacientes quirúrgicos. Los pacientes transfundidos que presentaron IRA, infecciones y requirieron ARM son pacientes más graves y con mayor mortalidad con respecto a los que no presentaron dichas complicaciones. Requirieron más transfusiones los pacientes quirúrgicos y los clínicos tuvieron mayor mortalidad.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

### TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTES CRÍTICOS

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** P Escalante, C Canessa, D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, M Vazquez, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Analizar las características clínicas así como la evolución de la población con asistencia respiratoria mecánica (ARM) que requirió traqueostomía.

**Material y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en forma consecutiva a nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI) entre el 01/09/2006 y el 31/03/2008 que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) y traqueostomía. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía en UTI, motivo de ingreso, estadía y weaning de ARM, fallo renal agudo, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos (GR) y vasopresores, incidencia y densidad de incidencia (DI) de neumonía asociada al ventilador (NAV) y mortalidad. Las variables ordinales se expresan como media y desvío Standard y las nominales como porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-Test y Chi Cuadrado. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 466 pacientes (58.9 % hombres y 41.1 % mujeres), de los cuales 88 (61.8 % hombres y 38.2 % mujeres) requirieron traqueostomía (19.1 %), la que se realizó a los 10 días (5,2) de ARM. El motivo de ingreso a ARM en este grupo de pacientes fue de causa extrapulmonar en el 60.7 % de los casos.

		Traqueostomizados	No Traqueostomizados	p
<b>n</b>		88	376	
<b>Edad</b>	Media (DS)	62.7 (19.3)	63.7 (17.1)	0.6
<b>Apache II</b>	Media (DS)	21.2 (8.2)	21.2 (9.7)	1
<b>SAPS II</b>	Media (DS)	47.6 (18.7)	48.9 (21.8)	0.6
<b>VNI</b>	(Porcentaje)	18 %	27 %	0.1
<b>Días de ARM</b>	Media (DS)	12.8 (13.3)	4.5 (4.5)	< 0.05
	Mediana (cuartils)	10 (5-16)	3 (2-6)	
<b>Reintubación</b>	(Porcentaje)	28.1 %	7.4 %	< 0.05
<b>Días de Weaning</b>	Media (DS)	2.1 (4.8)	1.2 (0.7)	< 0.05
	Mediana (cuartils)	1 (1-1)	1 (1-1)	
<b>Estadía en UTI</b>	Media (DS)	20.4 (15.2)	7 (8.3)	< 0.05
	Mediana (cuartils)	17 (11-25)	5 (2.7-9)	
<b>NAV</b>	Incidencia	23.6 %	7.4 %	< 0.05
	DI	14.6 episodios	5.9 episodios	
<b>Vasopresores</b>	Utilización %	66.3 %	58.7 %	0.2
	Días	7.6 (5.6)	4 (3.6)	
<b>Transfusiones de GR.</b>	Tasa	38.2 %	29.1 %	0.1
	Unidades	5.7 (4.6)	4.7 (4.9)	
<b>Fallo Renal Agudo</b>	(Porcentaje)	28.6 %	29.9 %	0.8
<b>Mortalidad en UTI</b>	(Porcentaje)	38.2 %	41 %	0.7

**Conclusiones:** Los pacientes traqueostomizados tuvieron similares scores de gravedad y mortalidad que el resto de la población que requirió de ARM, con mayor estadía en ARM, reintubación, días de weaning, requerimiento de vasopresores y estadía en UTI. Además presentaron mayor incidencia y DI de NAV que el resto de la población.

**PLANILLA PARA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES**  
**XXIII JORNADAS CIENTÍFICAS DE LA SANIDAD POLICIAL**

**Responsable:** CURI, Juan Ramón

**Servicio:** Otorrinolaringología

**T.E. Personal:** 15-5562-8478

**T.E. Interno del servicio:** 4654 - 4712

**TÍTULO:** RELEVANCIA DEL FRESADO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO PARA LA PRESERVACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL NERVIOS FACIAL EN CIRUGÍAS DE TUMORES DE ÁNGULO PONTocerebeloso.

**AUTORES:** CURI, Juan Ramón\* – LIBENSON, Fernando\*\* – TORRÉNS, Sebastián\* – D'ANDREA Walter\*\* – COSTAS OLMOS, Benjamín\* – DELANEY, Máximo\* – FERNANDEZ PISANI, Ricardo\*\*. \*Servicio de Otorrinolaringología \*\*Servicio de Neurocirugía

**SERVICIO:** Otorrinolaringología – Neurocirugía

**OBJETIVO:** Demostrar la relevancia del fresado del conducto auditivo interno para la resección completa de tumores de ángulo ponto - cerebeloso con buena preservación de la función del nervio facial. Valorar la importancia del trabajo interdisciplinario en el tratamiento de tumores de esta localización.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**

Entre los años 2005 y 2008 hemos tratado 7 pacientes (4 mujeres y 3 varones), con tumor de ángulo pontocerebeloso unilateral. La media de edad fue de 55 (41-66) años. Realizamos, en todos los pacientes, resección tumoral por vía retro - sigmoidea. En 3 pacientes se conservó indemne el conducto auditivo interno, en 4 se realizó apertura del mismo, en trabajo conjunto de otorrinolaringología y neurocirugía. En todos se realizó monitoreo del nervio facial intraquirúrgico efectuado por un neurofisiólogo. La estadificación tumoral prequirúrgica se efectuó mediante tomografía computada y resonancia magnética nuclear. La evaluación del compromiso del nervio facial se efectuó con la clasificación de House-Brackman (HB). Se realizó control post quirúrgico con la misma metodología.

**RESULTADOS:** En todos los pacientes se observó la presencia de compromiso intracanalicular por parte del tumor, aún en los casos en que no se evidenció compromiso del mismo en la resonancia magnética pre - operatoria. En tres de los pacientes con fresado canalicular se pudo realizar apertura completa con correcta visualización del paquete estatoacústico y del nervio facial. En el paciente restante no se obtuvo una visualización completa debido a divertículo del golfo que ocupaba el labio posterior parcialmente. En cuanto a la semiología de la función del nervio facial: Pacientes con apertura del conducto auditivo interno: en el postoperatorio inmediato 2 presentaron H.B. grado I, 1 H.B grado II y 1 H.B. grado III. Al mes de la cirugía se observó 1 H.B grado 2 y 3 H.B. grado 1. Pacientes sin fresado del conducto auditivo interno: en el postoperatorio inmediato se evidenciaron 2 con H.B. grado 4 y 1 H.B. grado 2. Al mes de la cirugía se observó 1 H.B. grado 1 y 2 H. B. grado V.

**CONCLUSIONES:** Observamos la efectividad del fresado completo del conducto auditivo interno a la hora de identificar y reseca la porción intracanalicular de los tumores de ángulo pontocerebeloso, obteniendo una correcta visualización del nervio facial y buena conservación de su función. Resaltamos la necesidad del trabajo interdisciplinario a la hora de planificar la resolución quirúrgica de este tipo de patologías.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial

## Hospital Churruca Visca

### VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Responsable: Sanchez, Ricardo

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Critica

T.E. PERSONAL: 15-3201-8907

T.E. interno del servicio: 4614

**Autores:** G Sibila, E Arista, C Canessa, D Varela, R Sánchez, M Bono, N Tiribelli, A Marino.-

**Servicio:** Unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica

**Objetivo:** Analizar las características y la evolución de los pacientes mayores de 70 años de edad que requirieron Ventilación Mecánica (VM).

**Material y Métodos:** Se incluyeron los pacientes con requerimiento de VM durante más de 24 hs. entre el 01/09/2006 y el 29/02/2008. Se registraron datos demográficos, scores de gravedad (APACHE II y SAPS II), motivo de VM (Coma; Insuficiencia Respiratoria Aguda -IRA-: *post operatorio, neumonía, edema agudo de pulmón, shock-sepsis, trauma, SDRA, bronco aspiración, PCR*; IRA sobre enfermedad respiratoria crónica -IRAC-: *EPOC, neuromuscular, Otras causas*), días de VM, estadía en UTI, mortalidad y complicaciones. Se compararon las variables entre pacientes menores y mayores de 70 años. Los resultados se expresaron como media y desvío Standard. Para el análisis estadístico se utilizó el test del Chi cuadrado y el test T. Se considero estadísticamente significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Ingresaron a UTI 448 pacientes que requirieron VM, 194 pacientes mayores 70 años (99 hombres y 95 mujeres). Este grupo presentó 216 episodios de VM. El motivo de inicio de la VM fue Coma (n=63, 29%), Post operatorio (n=43, 20%), neumonía (n=30, 14%), edema agudo de pulmón (n=3, 1%), shock-sepsis (n=14, 6%), trauma (n=3, 1%), SDRA (n=12, 5%), broncoaspiración (n=3, 1%), PCR (n=3, 1%), EPOC (n=7, 3%), neuromuscular (n=2, 0.5%), otras causas (n=33, 16%). Complicaciones: neumonía asociada al ventilador (NAV) 16 casos (7.5%), barotrauma 2%, autoextubación 1%. Se reintubaron 21 pacientes en 114 extubaciones programadas (18%). Se traqueostomizaron (TQT) 35 pacientes (18%).

	≥ 70 Años	< 70 Años	p
<b>n</b>	194	254	-
<b>Edad</b>	78.8 (5.3)	52.1 (14.8)	0.005
<b>APACHE II</b>	23 (8.9)	19.7 (9.8)	0.005
<b>SAPS II</b>	54.4 (19.1)	44.5 (20.5)	0.005
<b>Mortalidad (%)</b>	46.9% (91/194)	34.2% (87/254)	0.005
<b>Días de VM</b>	5.2 (4.2)	4.9 (4.2)	NS
<b>Días de UTI</b>	8.9 (9.6)	8.8 (10.1)	NS
<b>Reintubación (%)</b>	18%(21/114)	15% (23/153)	NS
<b>TQT (%)</b>	18% (35/194)	19% (49/254)	NS
<b>NAV (%)</b>	7.5% (16/216)	11.5% (33/288)	NS
<b>Episodios de VMP</b>	4.1% (9/216)	3% (9/288)	NS

**Conclusiones:** Los pacientes ≥ 70 años tienen scores de gravedad más altos y mayor mortalidad que los < 70. La duración de la VM, la estadía en UTI, la incidencia de intubación, TQT y NAV fue similar en ambos grupos.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

**Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca**

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: Varese Claudia.....

Servicio: Pediatría-Consultorios Externos.....

T.E. PERSONAL: 1556651279.....

T.E. interno del servicio: 4298-4889 .....

## **¿SE PUEDEN MODIFICAR HÁBITOS ALIMENTARIOS FAMILIARES EN LOS CONTROLES DE SALUD?**

**Autores: Masi, P;** Varese, CT; Lopardo, A; Galíndez, I; Hermida, V;  
Andreis, MF; Nantes, V.; Vicente J; Vela, N.

**Servicio:** Pediatría

**Objetivo:** Evaluar hábitos alimentarios (HA) en familias que realizan controles de salud de sus hijos en el consultorio docente. Identificar modificaciones.

**Material y métodos:** Se aplicó encuesta a familias en el 1º control de niño sano de 2 a 6 meses (**grupo control**) y a familias que consultaron **mínimo cuatro veces**, entre febrero y agosto del 2008. Se incluyeron 85 encuestas: 1º grupo: 52; 2º: 33. Se consignó: **área socioeconómica:** hacinamiento, trabajo y escolaridad materna. **Antecedentes familiares** de riesgo para síndrome metabólico (SM) y antropometría de los padres. **Área nutricional:** grupos alimentarios según consumo semanal. **HA adecuados:** más de 11 respuestas favorables. **Área psicológica:** nociones de alimentación perceptiva.

**Resultados:** Se encontró: hacinamiento 7%; madres: secundario completo 75,2%, no analfabetas; amas de casa 64,8%. Antecedentes familiares de riesgo para SM: 27%. **Los padres presentaron sobrepeso u obesidad** según IMC: **35,8%** (18% en ambos). En el grupo control: **HA saludables** 75%; 57% nociones **de alimentación perceptiva** y 30% **hábitos de higiene** adecuados. El grupo de mayores de 6 meses (4 consultas): **87,8%** HA saludables, **63%** alimentación perceptiva y 27% hábitos de higiene adecuados. Se halló que en madres con sobrepeso del 1º grupo el concepto de **alimentación perceptiva** fue **42%** versus **85,7%** en el segundo grupo. El **consumo inadecuado de sal, fritos y utilización de bebidas azucaradas** en el primer grupo fue: 55% ,10% y 61% respectivamente y en el **segundo grupo** **33%, 3% y 30%**.

**Conclusiones:** La población encuestada presentó buenas condiciones socio-económicas educacionales, con alto riesgo de SM. **Se encontraron diferencias en HA, alimentación perceptiva en madres con sobrepeso, uso de sal, fritos y bebidas azucaradas, luego de la intervención médica.** Lograr modificaciones en los hábitos de los adultos es una ardua tarea. Se requieren: **objetivos claros, jerarquizar** las consultas de control de salud y **enfatar conserjería preventiva** fundamentalmente en familias con criterios de riesgo alimentario



# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable. Horacio Ayunta

Servicio: GASTROENTEROLOGIA

T.E. PERSONAL: 011-1554994735

T.E. interno del servicio: 4133

**Título:** Paniculitis Pancreática

**Autores:** Ayunta H, Manzotti L, Romo R, Chaves E, Hermida R, Rainero G, Fernandez R, Copello H.

**Servicio:** GASTROENTEROLOGIA

**Resumen:** Paciente masculino de 73 años, tratado desde 24 días previos al ingreso con cisplatino, etopóxido y prednisona carcinoma de células pequeñas del pulmón derecho. El 15/12/06 se interna por neutropenia atribuida a la quimioterapia. Quince días después de haber recibido la primera sesión de quimioterapia presentó un nódulo eritematoso no doloroso localizado en la cara anterior de muslo izquierdo. Se presumió una celulitis y recibió ampicilina/sulbactám y metronidazol, 3 días después el nódulo drenó en forma espontánea un material seroso amarillento. Siete días después aparecieron nuevos nódulos no dolorosos en ambos glúteos y muslo derecho. Se realizó el drenaje quirúrgico. Los cultivos, BAAR y citología resultaron negativos. Luego se modificó el esquema antibiótico a imipenem y vancomicina. Laboratorio: Hto 36%, GB 2300/mm<sup>3</sup>, urea: 1.29g/l, creatinina: 3.7 mg/dl. Resto normales. Se realizó ecografía de partes blandas de las regiones glúteas derecha e izquierda que informó imágenes anecogénicas de 114 x 18 x 38, de bordes irregulares, con fibrillas ecogénicas centrales y áreas de tejido subcutáneo heterogéneo. Ecocardiograma transtorácico y Ecocardiograma transesofágico y centellograma óseo corporal total normales. La biopsia del nódulo del muslo izquierdo mostró, a nivel de la hipodermis, necrosis del lobulillo adiposo, con ruptura de la membrana de los adipocitos por liquefacción, visualizándose un material basofílico junto con un infiltrado inflamatorio a predominio neutrofílico. Amilasa de 188 U/l (normal hasta 125 U/L) y Tomografía helicoidal toracoabdominal con contraste oral y sin contraste endovenoso (por alergia al Yodo) sin lesiones pancreáticas. Los nódulos resolvieron a los 3 meses de la suspensión de la quimioterapia.

**Conclusiones:** La paniculitis pancreática es una complicación poco común de las enfermedades pancreáticas. En menos del 10 % de los casos, no es posible encontrar la causa de la afectación pancreática. Creemos que se trató de una lesión asociada a cisplatino.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Lugar de Realización: Auditorio Hospital Churruca

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable. Fernández Raúl

Servicio: GASTROENTEROLOGIA

T.E. PERSONAL: 0211-1544950412

T.E. interno del servicio: 4133

**Título:** LINFOMA de BURKITT GASTRICO

**Autores:** Copello H, Manzotti L., Ayunta H., Chaves E., Romo R., Rainero G., Fernández R.,.

**Servicio:** GASTROENTEROLOGIA

**Resumen:** Paciente masculino de 21 años, sin antecedentes, internado en el servicio de clínica médica el 19/03/08 por anemia y melena de 3 semanas de evolución, sin descompensación hemodinámica. Se le realiza VEDA donde se observa ulcera en cuerpo-antro, gigante de 5 cm, con fondo cubierto de fibrina, y en antro, sobre cara anterior lesión con las mismas características de 1,5 cm. Biopsia: borde y lecho ulceroso con Gastritis Crónica en actividad, HP (-). SEG D que informa ulcera antral gigante. Fue dado de alta con omeprazol dosis doble.

Consulta el 15/04/08 asintomático y examen físico normal. Laboratorio sin hallazgos patológicos. Ecografía abdominal normal y TAC del 11/05/08: engrosamiento pared gástrica sobre curvatura menor sin otro hallazgo.

Consulta el 29/07/08 por dispepsia, dolor de tipo ulceroso, a pesar del tratamiento con doble dosis de omeprazol.

Realizándose VEDA: en cuerpo gástrico sobre curvatura mayor hacia antro, lesión deprimida cubierta con fibrina de 5 cm con bordes sobreelevados indurada, friable; otra lesión similares características próximas al antro de 2 cm de diámetro (se biopsia). Se rota la medicación a rabeprazol doble dosis + mosapride Laboratorio: Hto 43% GB 7400 VSG 5mm LDH 315, hepatograma normal.

Consultando 13/08/08 por epigastralgia y pérdida de peso (5kgs) en 15 días. Examen físico: masa palpable en epigastrio. Se recibe informe anatomía patológica 29/07/08: Linfoma Burkitt. Inmunofenotipo: CD3 Y CD45RO (-) CD20+, CD79a + Ki67+, Helicobacter Pilory (-). Nueva TAC doble contraste: engrosamiento difuso de pared gástrica con densidad heterogénea, alteración de grasa perigástrica y formación hipodensa con bordes mal definidos de 10 cm, sin signos de clivaje con páncreas.

Comienza tratamiento el 29/8/08 con R-Hiper-CVAD.

**Conclusión:** Demostrar la importancia de jerarquizar el patrón semiológico de una ulcera en paciente joven con evolución torpida, a través de un estudio de imágenes (VEDA), ante un estudio histológico negativo, a pesar de la sospecha clínica y endoscópica.

# XXIII Jornadas Científicas de la Sanidad Policial Hospital Churruca Visca

6 al 17 de Octubre del 2008

Planilla para la Presentación de Trabajos Libres

Responsable: Cristina Raquel Hermida

Servicio: Gastroenterología - Proctología

T.E. PERSONAL: 46823984

T.E. interno del servicio: 4133

## **SINDROME DE GARDNER: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Autores:** Hermida Cristina<sup>1</sup>, Alcaraz Patricia<sup>1</sup>, Castelluccio Silvina<sup>1</sup>, Vecchio Pablo<sup>2</sup>, Fantozi Mauricio<sup>2</sup>, Copello Hercilia<sup>1</sup>, Dezanzo Vicente<sup>2</sup>.

**Servicio:** Gastroenterología y Proctología

**Objetivo:** Presentar una patología poco frecuente de interés en la práctica clínica.

**Paciente y Métodos:** Varón de 25 años, antecedente de déficit mental neonatal. Presenta diarrea crónica, intermitente, tratado con probióticos y antibióticos sin mejoría clínica. Hematoquecia aislada y pérdida de peso. Se objetivó anemia, eritrosedimentación acelerada, se descartó malabsorción y causas infecciosas. Endoscopia digestiva alta normal, en la colonoscopia se observaron múltiples pólipos sésiles y pediculados, entre 3 y 15 mm, de tipo adenomatoso tubular con displasia de bajo a moderado grado. La tomografía de abdomen y pelvis fue normal. El Test Genético halló delección del brazo largo del cromosoma 5. Se realizó colectomía total con ileo-rectoanastomosis, presentando buena evolución clínica hasta el momento.

**Resultados:** Es una poliposis adenomatosa familiar, enfermedad autosómica dominante, prevalencia de 1 en 7.500 pacientes. Hereda un alelo APC mutado del padre afectado. Presenta más de 100 pólipos colónicos manifestados en la pubertad, son adenomas vellosos y tubulares, la mayoría menores a 1cm. El cáncer es inevitable en la historia natural. Se asocia a pólipos del tubo digestivo superior y medio, osteoma, anomalía dentaria, tumor de tejidos blandos, tumor desmoide, hiperplasia congénita retiniana, cáncer de tiroides, biliar, hígado y suprarrenales. El tratamiento es la colectomía total. Nuestro paciente tenía historia de diarrea y hematoquecia, osteomas mandibulares, lipomas, dientes supernumerarios, más de 1000 pólipos colónicos adenomatosos y delección del cromosoma 5.

**Conclusiones:** Es una patología poco frecuente pero con manifestaciones, endoscópicas y genéticas típicas por lo que el diagnóstico no es dificultoso. Es importante controlar las alteraciones extra colónicas, y además la pesquisa genética familiar para detectar asintomáticos y tratarlos.

