

RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES EN POSTERS

95. Ilustración de algoritmo diagnóstico y terapéutico en hemorragia digestiva baja por angiodisplasias colónicas: presentación de caso. Moreira Grecco A.¹, Franzosi R¹, Olszac J.¹, Sarotto L.¹, Salavaggione L.², Ferraina P.¹

¹División de Cirugía Gastroenterológica. ²Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Existen múltiples causas de sangrado digestivo distales al ángulo de Treitz, el manejo exitoso de las mismas exige una localización precisa antes de realizar un tratamiento. Un 8 al 12% de los pacientes con hemorragias digestivas bajas severas llegara a la cirugía sin diagnóstico de localización a pesar de un estudio exhaustivo. Una vez localizado el sitio de sangrado se puede realizar una terapéutica a medida para cada caso. La enfermedad diverticular y las malformaciones arteriovenosas son las causas más frecuentes de hemorragia digestivas graves en adultos. El 85 a 90% de las hemorragias digestivas por angiodisplasias cesa de manera espontánea. Entre un 25 y 85% de los pacientes experimentan un resangrado, en esto se basa la indicación de tratar las angiodisplasias una vez identificadas en un paciente con hemorragia digestiva baja. La coagulación endoscópica es el tratamiento de elección para estas lesiones, se reserva la cirugía para aquellos pacientes que resangran. En el presente mural científico ilustramos el algoritmo diagnóstico-terapéutico que utilizamos en la División de Cirugía Gastroenterológica del Hospital de Clínicas J. de San Martín, presentando el caso clínico de un varón de 65 años que requirió cirugía de urgencia luego de haber transcurrido por todos las estaciones de el algoritmo.

96. Interrupción quirúrgica de los diferentes complejos inervatorios pancreáticos y cambios tróficos variables de la glándula: segmentario o globales. Hipertrofos y/o hiperplásicos. Tiscornia O. M., Negri G., Hamamura S., Lehmann E. S.de, Otero G., Waisman H., Bank S., Tiscornia-Wasserman P.

Programa de Estudios Pancreáticos. Hospital de Clínicas "José de San Martín" y LIJ Hospital New York. USA.

Introducción: Promovió el presente enfoque el hallazgo previo, también en la rata, de un marcado aumento del peso húmedo de la glándula siguiendo a una vaguectomía troncular (VT). **Materiales y Métodos:** Los tests se efectuaron en 159 ratas macho Wistar. La comparación se realizó con respectivos grupos "Sham" (225 animales). Cuatro tipos de interrupción quirúrgica de la inervación autónoma del páncreas fueron emprendidas bajo anestesia i.p. con Tiopental I) V.T.; II) esplanicectomía bilateral (E.B.); III) solarectomía (Sol); IV) entero-pancreático (E.P). **Resultados:** La V.T. ratificó un significativo incremento (100%) del peso húmedo del páncreas, especialmente de su segmento córporo-caudal (hipertrofia e hiperplasia). La E.B no modificó el trofismo pancreático, pero, cuando se la asoció a la VT generó el bloqueo del efecto trófico de esta última. La Sol. dió lugar a una hipertrofia homogénea de toda la glándula. La interrupción E.P, en contraposición a la V.T., indujo un significativo aumento (60%) de la cabeza glandular (hiperplasia). **Discusión:** Se especula que la interrupción de la inervación autónoma del páncreas, de alguna manera, altera el grado de expresión y/o la sensibilidad de receptores a un grupo de "factores tróficos" ("FT"). Entre estos el: "hepatocyte.g.f" (HGF);

"transforming g.f" alfa y beta (TGF-alfa;TGF-beta); "epidermal g.f" (EGF); "fibroblast g.f" (FGF); "fibronectin" (FN), "platelet-derived g.f." (PDGF); "insulin g.f." (IGF). En el sitio de injuria, el TGF beta y la FN incitan el influjo de neutrófilos y monocitos. El FGF favorece la diferenciación de las células acinares en ductales. **Conclusión:** Según el complejo inervatorio sometido a la interrupción quirúrgica se constatan cambios de grado y naturaleza variada en la glándula pancreática. En éstos se especula intervendrían un amplio grupo de "F.T.". A través de ellos, los que se modificarían de modo diverso en los distintos enfoques denervatorios, es que se desencadenarían los fenómenos tróficos segmentarios o globales, hipertrofos y/o hiperplásicos.

97. Pacientes admitidos en "trastornos de la conducta alimentaria" en el Hospital de Clínicas "José de San Martín" durante 2002 - 2003. Della Valle M. E., Chandler E., Ledesma I., Gastaldi C., Cicerone N., Zavala A. V.

Trastornos de la Conducta Alimentaria. División Nutrición. Dpto. de Medicina. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: establecer características socioculturales, clínicas y de laboratorio de los pacientes ingresados a trastornos de la conducta alimentaria (TCA) durante los años 2002 y 2003. **Diseño:** Descriptivo, Retrospectivo. **Material y Método:** De 179 consultas, se incluyeron los pacientes de TCA, n: 156, siendo excluidos 13 por no reunir criterios diagnósticos y no hallándose datos de 10, se realizó revisión de Historias Clínicas. Se agruparon por patología: Anorexia (A), Bulimia (B) y Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE). Se recabaron sexo (S), edad (E), tipos de consulta, nivel de instrucción, ocupación, causa desencadenante de inicio de enfermedad, seguimiento en tratamiento nutricional, datos clínicos y de laboratorio. **Resultados:** Se halló n: 156 distribuidos en A: 19, B: 36 y TANE 101, S Masc: 2, Fem:154. E: media 24+/- 7,18, tipo de consulta predominantemente: derivadas: n: 57 (36,53 %), consulta espontánea: n: 50 (32,05 %). Nivel de instrucción predominante: terciario y universitario: n: 98 (62,82 %). Ocupación: predominante: estudia y no trabaja: n: 70 (44,87%). Causa principal desencadenante: dieta autoimpuesta con n: 82 (52,56 %). El seguimiento en tratamiento nutricional fue: no concurren a nutrición luego de la admisión; n: 66 (42,3 %) > de 3 meses: n: 40 (25,64 %), 3 a 6 meses: n: 13 (8,33 %), 6 a 12 meses: n: 12 (7,69 %), > de 12 meses: n: (8,33 %) y faltan datos n: 12 (7,69 %). En 82,69 % (n: 129) se hallaron datos clínicos y de laboratorio. En el 90,69 % (n: 117) de los mismos el IMC es A (n: 15): media: 16,62 +/- 2,02 (I de C 95 %: 15,50 - 17,74), valor mínimo: 13,67, máximo: 22 y mediana: 16; B (n: 29): media: 23,92 +/- 7,55 (I de C 95 %: 21 - 04 26,79), valor mínimo 15,53, máximo: 57,25 y mediana: 22,84; TANE (n: 73): media 22,63 +/- 4,88 (I de C 95 %: 21,49 - 23,77), valor mínimo: 15,05, máximo: 44,29 y mediana: 21,48. En el 81,39 % (n:105) de los mismos la amenorrea es A: (n:14) 11 pacientes, B (n: 28) 5 pacientes y TANE (n: 63): 12 pacientes. Aplicando la Prueba de χ^2 se confirma la relación entre TCA y la amenorrea con una $p < 0,0001$. **Conclusiones:** Predominaron el diagnóstico TANE, el sexo femenino, sin diferencias entre derivadas por profesionales y consultas espontáneas, el nivel Terciario Universitario, la población que estudia y no trabaja, la dieta autoimpuesta como causa desencadenante principal y la falta de tratamiento nutricional con un escaso seguimiento, en la población estudiada. El IMC de las pacientes con anorexia fue de desnutrición, no así en las bulimias

y los Trastornos alimentarios no especificados siendo esto estadísticamente significativo. Independientemente del diagnóstico por patologías todos los Trastornos de la Conducta Alimentaria se relacionaron con amenorrea en forma estadísticamente significativa.

98. Pancreatitis aguda y sexo. El efecto benéfico de la condición femenina y de la administración aguda de estradiol. Tiscornia O. M., Negri G., Di Carlo M. B., Yapur V., López F., Hamamura S., Otero G., Waisman H., Bank S., Tiscornia-Wasserman P.

Programa de Estudios Pancreáticos y Laboratorio Central. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires y Departments of Cytology and Gastroenterology of the LIJ Hospital. New York. USA.

Introducción: El objetivo del presente emprendimiento fue el de establecer, en ratas, si la condición femenina o la administración aguda de estradiol, en el macho, ejerce una influencia benéfica sobre los cambios pancreáticos y sistémicos inducidos por un modelo experimental de pancreatitis aguda (PA). Este enfoque fue promovido por la observación, en el animal hembra, de una respuesta más apropiada a la injuria tanto por parte del sistema inmunitario como del eje del stress de Selye (hipotalámico-hipofísico-adrenal). **Materiales y Métodos:** En 50 ratas, macho y hembra, se distinguieron tres series: CM (control macho) (n=16), EM (estradiol macho) (n=18) y H (hembra) (n=10). Bajo anestesia con Tiopental nuestro modelo del "asa-duodenal-cerrada" (ADC), de "corto-tiempo" (CT) (<20 min) "sin-reflujo" (SR) (ADC,CT-SR) fue efectuado con la finalidad de desencadenar un episodio de PA. Las series CM y H recibieron, 30 min pre-test, s.c., el solvente (aceite de mani). El grupo EM fue inyectado con benzoato de estradiol, 50 mg/kg. Post-test (24-h), los animales fueron reanestesiados y exsanguinados por punción aórtica. Un estudio histopatológico y una determinación del "score" de las lesiones pancreáticas se efectuó en las tres series. **Resultados:** La mortalidad post-test disminuyó signif. en la serie de las H (12.5%) respecto de los grupos CM (30%) y EM (28 %). Glucemia y amilasea revelaron valores signif. menores en las H en comparación con los otros dos grupos. La lipasea, por su parte, se elevó en las tres series pero principalmente en las H. El "score" histopatológico del páncreas puso en evidencia que los parámetros de edema, necrosis y de infiltración leucocitaria fueron inferiores en las series EM y H respecto de los animales CM. **Discusión:** La condición de hembra, o la administración aguda de estradiol a ratas macho se asocia a una signif. atenuación de las lesiones de PA inducidas por el modelo ADC,CT-SR en los animales CM. Ello es debido al interjuego que se desencadena entre los receptores estrogénicos y la secretina endógena, lo que conduce a una potenciación de los efectos citoprotectores de esta última sobre todo el tracto digestivo. La inyección aguda del estradiol conduce a un "atrapamiento" del contenido enzimático en los páncreocitos acinares. Además, una inhibición secretoria de las citoquinas pro-inflamatorias y una respuesta más apropiada a la injuria por parte del eje del "stress" de Selye.

99. Peliosis hepática asociada al uso de anticonceptivos orales: una causa infrecuente de ascitis e hipertensión portal en paciente joven. Anselmi C. L., Seita I., Cavagna M., García D., Pino C. N., Amado V., Tarruella M. C., Baldomir C. A.

Servicio de Clínica Médica. Área de Medicina. Policlínica Bancaria. Buenos Aires. Argentina.

La peliosis hepática es una entidad infrecuente caracterizada por la dilatación de los sinusoides hepáticos y la presencia de múltiples y pequeñas cavidades de contenido hemático en el parénquima asociada comúnmente a tumores hepáticos o colestasis. Puede ser causada además por drogas incluyendo esteroides, anabólicos, arsénico, vitamina A, azatioprina, anticonceptivos, danantizol, tamoxifeno e hidralazina. Las lesiones suelen resolver con la suspensión del agente causal. Se presenta una mujer de 25

años con antecedentes de tabaquismo que consultó por aumento del diámetro abdominal, hematomas en miembros inferiores, epistaxis y gingivorragia de 20 días de evolución. Al examen físico afebril, normotensa, eupneica y matidez abdominal de concavidad superior compatible con ascitis. Paracentesis diagnóstica: líquido citrino con gradiente de albúmina suero/ ascítico mayor a 2. Requirió paracentesis evacuadoras en dos oportunidades por progresión de ascitis y disnea, decidiéndose su internación para estudio y tratamiento. Laboratorio: Hb 11,5g/dl Pla. 90.000/mm³, Quick 83%, KPTT 31", TGO 84UI/ml, TGP 100UI/ml, FAN (-), CA 125:510, serologías para HCV, HBV y HIV negativas, subunidad beta negativa, cultivo, citológico y ADA de líquido ascítico negativo. Ecografía ginecológica sin datos positivos. TAC de abdomen y pelvis: engrosamiento pleural izquierdo e importante cantidad de líquido ascítico, sin otras alteraciones. Se indicaron reposo y restricción hídrica sin mejoría por lo que inició tratamiento con furosemida y espironolactona. Al interrogatorio dirigido la paciente refirió el uso de estrógenos y progesterona como método anticonceptivo post-coital (levonorgestrel 2mg asociado a etinilestradiol 0.2mg) en varias oportunidades. Se descartaron enfermedades hepáticas autoinmunes y de depósito. El ecodoppler del eje espleno portal informó: No presenta signos de hipertensión portal y se descartó trombosis de la vena porta. Biopsia hepática por laparoscopia informó: obstrucción del flujo venoso sinusoidal. Hepatitis reaccional inespecífica y metaplasia eritroide focal. Para confirmar el diagnóstico se tomó biopsia hepática transyugular con medición de presiones que demostró hipertensión portal sinusoidal y venografía suprahepática de características normales. El informe definitivo de la biopsia hepática fue estasis sinusoidal focal compatible con peliosis hepática. La paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento diurético y la suspensión de la anticoncepción oral, normalizando las transaminasas y sin ascitis 12 meses después del egreso hospitalario. La peliosis hepática es una entidad de presentación infrecuente que debería ser incluida en el diagnóstico diferencial de ascitis con hipertensión portal en pacientes jóvenes asociado uso de anticonceptivos orales pues se trata de una situación reversible con la suspensión del fármaco.

100. Rabdomiolisis secundaria a hipokalemia: una inusual presentación de enfermedad celiaca. Guzzi L., Zancarini L., Braccalenti C. D., García A. J.

Residencia de Medicina Interna. Hospital Universitario "Prof. Dr. B. A. Houssay". Vicente López. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La enfermedad Celíaca es una enteropatía inducida por gluten. Su presentación clínica varía de un paciente a otro, y sólo aquellos con afección de todo el intestino delgado manifiestan la tríada clásica: diarrea esteatorreica, pérdida de peso y astenia. Como complicación de la diarrea crónica, puede sobrevenir hipokalemia severa, que puede generar necrosis muscular y rabdomiolisis aguda. **Caso Clínico:** Paciente masculino, de 45 años de edad, consultó por mialgias y debilidad muscular generalizada de 48 hs de evolución. Antecedentes: HIV + diagnosticado hace 5 meses (CD4 460) sin tratamiento antirretroviral, diarrea de 1 año de evolución. Ingresó subfebril, levemente deshidratado, con paraparesia leve y debilidad severa de los extensores del cuello. Laboratorio: Hto 33%, VCM 95, TP 16%, FAL 348, GPT179, GOT 440, Colesterol 88, Na 139, K 1.5, CK 13.200 (que aumentó hasta 25.000), urea 22, creatinina 1,2, sedimento urinario normal. ECG: leve reducción del voltaje de T. Se trató con hidratación amplia, aporte oral y EV de K y Mg, Vitamina K y alcalinización urinaria. Coprocultivo, Coproparasitológico y 2 Hemocultivos fueron negativos. HAV IgM-, HAV IgG+, HVBSAg-, IgG anticore+, HCV -. Ecografía abdominal compatible con esteatosis hepática. Endoscopia con biopsia de duodeno: atrofia vellositaria severa con inflamación crónica activa. Ac anti gliadina IgA e IgG ambos+, Ac anti endomisio IgA+. Se instauró dieta libre de gluten, con franca mejoría sintomática, de los parámetros de laboratorio, y recuperación ponderal. **Conclusiones:** 1) La hipokalemia severa puede ocasionar necrosis muscular y rabdomiolisis aguda por alteración en el flujo sanguíneo muscular. 2) En el contexto de un cuadro malabstivo, puede ocurrir una hipokalemia intensa secundaria a

pérdidas por tubo digestivo y a hiperaldosteronismo (por hipovolemia). 3) La enfermedad Celíaca no diagnosticada previamente, puede presentarse en el adulto como rabdomiolisis aguda secundaria a hipokalemia. 4) Las causas más frecuentes de diarrea crónica en un paciente HIV+, son las infecciones parasitarias y virales oportunistas. No obstante puede deberse excepcionalmente, a causas no vinculadas con su estado de inmunocompromiso.

101. Reflejos autonómicos: epicentro de la pancreatitis aguda biliar: mimetización experimental y rol de la anestesia tópica del "gatillo" pancreático (duodeno peri_vateriano). Tiscornia O. M., Lehmann E. S. de, Hamamura S., Otero G., López F., Waisman H., Negri G., Bank S., Tiscornia-Wasserman P.

Programa de Estudios Pancreáticos. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina. LIJ Hospital. New York. USA.

Introducción: Previamente se demostró que la pancreatitis aguda (PA), variedad biliar, logra ser mimetizada en la rata por el método del "asa-duodenal-cerrada" (ADC), de "corto-tiempo" (CT) (<20 min.) "sin-reflujo" (SR), (ADC.CT.SR) del contenido duodenal en el árbol ductal biliar-pancreático. Tres arcos reflejos autonómicos (ARA), "inhibidor secretorio" "simpático-isquémico" y pseudo-axonico", juegan un rol fisiopatogénico crucial. En razón de lo precedente se consideró que la interrupción de la conducción neural mediante la anestesia tópica (xylocaína, 20 mg/Kg.) en la región fuente de la "irritación neurovegetativa", el "gatillo" pancreático, ejercería una influencia benéfica, inflamatoria atenuante. **Materiales y Métodos:** Se utilizaron 73 ratas macho Wistar (425±57g.) Se efectuaron dos series experimentales. En la serie "I", analizada a las 2-h se distinguieron dos subgrupos: (a) (n=11), sin xylocaína ("S-Xyl") y (b), con xylocaína ("C-Xyl") tópica duodenal previo a la construcción del ADC. En la serie "II" (n=11) la evaluación se efectuó a las 24 h en comparación con un grupo "Sham" (n=25). **Resultados:** En la serie "I", en el subgrupo "C-Xyl" se comprobó, en comparación con el subgrupo "S-Xyl", una reducción significativa de la leucocitosis, del índice porcentual de linfocitos, del incremento del peso húmedo pancreático y del "score" necrosis en el estudio histopatológico de la glándula. En el estudio microscópico fue notable la ausencia de todo contenido extraño en el lumen ductal biliar-pancreático. También, la indemnidad de su epitelio y la distribución "salpicada", en la glándula, de los focos necro-hemorrágicos. **Discusión:** El modelo "ADC.CT.SR" induce lesiones de PA por un mecanismo indirecto, de naturaleza refleja. Se infiere que ARA, por la vía de fibras aferentes finas, "capsaicin-sensibles" son desencadenantes de una "cascada inflamatoria". Y ello por cambios génicos de los pancreocitos acinares, activación del sistema inmunológico intrapancreático, liberación de citoquinas pro-inflamatorias. Este fenómeno se origina primariamente en la región más sensible del "gatillo" pancreático, el duodeno peri-Vateriano. Lo precedente da bases firmes y coherentes a la concepción de apelar a la interrupción de la conducción neural mediante una anestesia tópica con la finalidad de abortar las consecuencias de la "irritación neurovegetativa" (fenómeno de Reilly), las que se desencadenan a través de la mediación de AR.

102. Síndrome de Budd-Chiari y ascitis quilosa. González Diego, Chavín Carolina, Petracci Fernando, Ortiz Mariano, Saad Ariel, Yone Analía, Sarotto Luis, Petrucci Enrique.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari se define como la obstrucción de venas hepáticas o vena cava inferior. En el 80% se identifican enfermedades asociadas, siendo idiopáticos en el 20%. La ascitis quilosa es una entidad poco frecuente en la práctica diaria, reconociendo como causas más frecuentes a la cirrosis y tumores abdominales. **Caso Clínico:** mujer de 46 años, con antecedentes de tabaquismo y proclatinoma de 13 años de evo-

lución en tratamiento con cabergolina. En Octubre de 2003 presenta dolor en hipocondrio derecho. Se realizó ecografía y TAC de abdomen que evidenció litiasis vesicular, esplenomegalia homogénea y trombosis de vena porta. Se confirmó el diagnóstico con ecodoppler, angiiorresonancia y arteriografía, evidenciando además trombosis de venas suprahepáticas. Se diagnosticó síndrome de Budd-Chiari e inicia anticoagulación por vía oral. Los exámenes de laboratorio no mostraron alteraciones relevantes. Un mes después se decide la colocación de un shunt meso-cavo. A los 30 días del procedimiento evoluciona con ascitis quilosa, y líquido ascítico con gradiente de hipertensión portal; con shunt permeable por ecodoppler. Se inició alimentación parenteral y octreótide, sin respuesta satisfactoria. Evoluciona con sepsis asociada a catéter por lo que se suspende la alimentación parenteral, continuando dieta por vía oral con triglicéridos de cadena media (TCM). Se realiza linfografía abdominal que muestra volcado peritoneal de contraste a nivel de la bifurcación de aorta abdominal. Se llevó a cabo laparotomía que evidenció derrame linfático en napa de los vasos mesentéricos, realizándose el cierre parcial de los mismos. La biopsia hepática intraoperatoria mostró dilatación sinusoidal. A las 2 semanas del postoperatorio se reinicia alimentación por vía oral con TCM, octreótide y diuréticos con buena respuesta. **Conclusión:** Se presenta el caso por ser la variante idiopática una forma poco frecuente del síndrome de Budd Chiari y por presentar quiloascitis como complicación postquirúrgica lo cual constituye un hallazgo infrecuente en la práctica diaria.

103. Anticuerpos anti membrana nuclear y su utilidad en el diagnóstico clínico. Arcavi Miriam, Orfus Gladys.

Inmunología Clínica. Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Buenos Aires. Argentina.

En el diagnóstico de las enfermedades del tejido conectivo la técnica de inmunofluorescencia indirecta (IFI) es considerada una herramienta útil en el screening inicial para la detección de anticuerpos antinucleares (ANA). La presencia de un patrón compatible con anticuerpos anti membrana nuclear (AMN) no se asocia a una enfermedad específica pero está vinculada a una serie de manifestaciones clínicas: lupus eritematoso sistémico (LES), trombocitopenia, síndrome antifosfolípido (SAF), enfermedades hepáticas autoinmunes. Existen dificultades para reconocer ésta imagen; en tejido de hígado de rata suele ser frecuentemente confundida con patrón periférico (similar al observado en presencia de anticuerpos anti-DNAn) y en células HEP-2 con un patrón homogéneo y periférico. **Objetivo:** determinar porcentaje de AMN en una población de individuos ANA positivos y su asociación con la presencia de anticuerpos anti-músculo liso (ASMA), anti mitocondriales (AMA) y anti-DNAn. **Materiales y métodos:** se estudiaron 2439 muestras séricas provenientes de pacientes ambulatorios e internados a quienes se les solicitó detección de ANA. Fueron seleccionadas para este estudio aquellas que presentaron patrón AMN. Se realizó por IFI la detección de ANA, ASMA, AMA y anti-DNAn; utilizando los siguientes sustratos antigénicos: a) células HEP-2, b) corte triple de estómago, hígado y riñón y c) Crithidia luciliae. **Resultados:** se detectaron 1083 ANA negativos y 1356 positivos (título mayor o igual a 1/40) con diferentes patrones: homogéneo (n=221), moteado (n=677), nucleolar (n=4), AMN (n=23) y otros como homogéneo y moteado, centromérico, nuclear dots, NuMa (n=428). De los 23 AMN (1,7% del total): 10 presentaban ASMA (asociado a hepatopatía), 1 anti-DNAn (LES), 3 AMA (CBP) y en 9 no se detectó ASMA, AMA ni anti-DNAn (2 de estos pacientes tenían diagnóstico de LES con SAF asociado y anti-Sm negativo, desconociéndose la clínica de los restantes). Salvo los pacientes con AMA, todos dieron imagen periférica en tejido de hígado de rata (posiblemente la presencia de AMA pueda enmascarar el patrón característico de AMN). **Conclusiones:** Los AMN pueden a) estar presentes en un grupo de pacientes con LES y SAF aún en ausencia de anticuerpos anti-DNAn y anti-Sm b) detectarse junto con ASMA o AMA o bien c) ser el único autoanticuerpo presente. Si bien el porcentaje de detección de estos Ac es bajo (1.7%) y no están asociados a una patología en particular, la correcta identificación de ésta imagen o patrón puede ser

de valiosa utilidad en el diagnóstico y pronóstico clínico de diversas enfermedades autoinmunes.

104. Dermatomiositis y síndrome de Sjögren en paciente octogenaria sin patología neoplásica asociada. Chavin Carolina, Saad Ariel, Ortiz Mariano, Petracci Fernando, Petrucci Enrique.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: la dermatomiositis (DM), junto a la polimiositis (PM) y a la miositis con cuerpos de inclusión conforman el grupo de las miopatías inflamatorias idiopáticas. La DM y PM presentan un patrón de prevalencia etaria bimodal, con un pico entre los 7-15 años y otro entre los 30-50 años. La incidencia de neoplasias aumenta notoriamente con la edad llegando al 50% de los casos en algunas revisiones. Puede asociarse a síndrome de Sjögren hasta en un 15% de los casos. **Objetivo:** la presentación de un caso típico de dermatomiositis y su manejo diagnóstico y terapéutico. **Caso clínico:** Paciente de 83 años, sexo femenino, con antecedentes de HTA y tabaquismo, consulta por comenzar hace 2 meses con debilidad muscular proximal en miembros, en el último mes se agregaron lesiones cutáneas eritematoescamosas en cara, tronco y miembros, y sensación de cuerpo extraño en ojos. Al examen físico se constata: dolor a la movilización de hombros y caderas, disminución de la fuerza muscular proximal en miembros y en cuello; lesiones pápulo-eritematosas en articulaciones metacárpofalángicas e interfalángicas, eritema en codos y región periocular (heliotropo). Al laboratorio se evidencia aumento de GOT (x4), LDH (x2), CK (x7) y aldolasa (x2), anticuerpos antinucleares y anti-Ro positivos. Se realiza electromiograma que informa: compromiso miogénico proximal, con denervación en curso asociado a neuropatía sensitivo-motora incipiente. La capilaroscopia efectuada muestra disminución marcada y difusa de capilares, con capilares dañados, agrandados y megacapilares. La biopsia cutánea confirmó el diagnóstico de dermatomiositis. El test de Schirmer y el test de rosa de bengala fueron positivos. Se inicia tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día y lágrimas artificiales. Teniendo en cuenta la edad de la paciente y la asociación de esta afección con entidades neoplásicas se realizó TAC de tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos significativos. **Conclusión:** destacamos la presentación típica de una dermatomiositis y síndrome de Sjögren en una paciente de edad avanzada sin enfermedad neoplásica demostrable al momento del diagnóstico.

105. Enfermedad de Wegener. Chaio Sebastián, Vanoli Guadalupe, Daniele Damián, Illutovich Santiago, Pequenara Juan.

Clinica Médica. División C6. Hospital Ramos Mejía. Argentina.

Objetivo: El motivo de la presentación de este caso radica en reconocer la forma de presentación de una patología poco prevalente en nuestra población. Los objetivos de esta presentación son diagnosticar una patología con presentación clínica inusual y valorar el grado de compromiso funcional órgano específico. **Diseño:** Reporte de un caso y revisión bibliográfica. **Presentación:** Paciente de sexo femenino, con antecedente de hipertensión, alcoholismo y patología de vías aéreas superiores un mes previo a la consulta inicial que fue interpretado como sinusitis aguda por lo que recibió tratamiento antibiótico y esteroide por lapso breve. Posteriormente evoluciona con neumonía de base derecha por lo cual recibe tratamiento antibiótico y es egresada con radiografía de tórax sin particularidades. Reingresa a nuestro servicio por síndrome de impregnación. Se constata, como datos positivos, poliuria con normonatremia y LEC normal, y radiografía de tórax con 3 nódulos pulmonares de entre 3 y 5 cm de diámetro como máximo en ambos campos pulmonares. Se realiza estudio de poliuria con prueba de restricción hídrica y respuesta positiva a desmopresina, se realiza diagnóstico de diabetes insípida central. Se realiza Tomografía de

encéfalo y silla turca donde no se observan particularidades, no pudiéndose realizar Resonancia Magnética debido a que la paciente es claustrofóbica (no contando con resonadores abiertos en Hospitales del Gobierno de la Ciudad). Se realiza tomografía de tórax donde se evidencian varios nódulos pulmonares de diferentes tamaños, siendo el mayor de 4 cm, con signos de neumonitis alrededor de los nódulos; sin evidencia de adenopatías. Se planifica biopsia dirigida de los mismos, pero al realizar tomografía prepunción se evidencia que los mismos han desaparecido. Luego agrega cuadro de parestesias y distesias de miembros inferiores compatibles con polineuropatía periférica; sumándose a lo anterior presenta disminución abrupta de la agudeza visual. Debido a lo anterior se realiza biopsia de nervio sural, con anatomía patológica compatible con granulomatosis de Wegener. Se interpreta como que la patología se encuentra en actividad y se realizan 3 pulsos de 1 gramo de metilprednisolona, con lo cual revierte parcialmente el cuadro, recuperando agudeza visual pero con persistencia de disestesias. **Discusión:** El motivo del reporte de este caso se centra en la presentación rara de una patología infrecuente, debido a no se han hallado reportes de casos sobre nódulos pulmonares variables en la enfermedad de Wegener.

106. Evaluación de 26 pacientes con gamapatía monoclonal de significado incierto (MGUS). Beltramo M., Curutchet M., Rojas F., Albarracín F., Calmet R., Pereira M., Moran W., Calahorra R.

División Hematología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: 1-Evaluar 26 pacientes (ptes) con diagnóstico presuntivo de MGUS y estudios efectuados para la confirmación del mismo. 2-Seguimiento a lo largo de la evolución. **Materiales y Métodos:** Se analizaron datos clínicos, de laboratorio y Rx de 26 ptes. Los estudios efectuados fueron: hemograma, creatinemia, LDH, β_2 microglobulina, punción aspiración de medula ósea (PAMO), biopsia de MO (BMO), estudio de proteínas en sangre y orina, calcemia, radiología ósea. **Resultados:** 26 ptes: 11 femeninas (42,3%), 15 masculinos (57,7%). La edad promedio al diagnóstico fue de 72,3 años, solo 2 ptes (7,6%) fueron menores a 60 años, mientras 18 ptes (69,2%) mayores a 70 años. Los valores iniciales de hemoglobina (Hb) fueron entre 10.2 y 14.8 gr/dl, 4 ptes presentaron anemia atribuible a trastornos crónicos (ptes n°14 y 18), IRC (ptes n°20 y 22). La función renal fue normal en 22 ptes, 4 presentaron IRC justificable por otras causas (cáncer renal-pte n° 24-, nefrectomía y litiasis-pte n° 22-, HTA- ptes n° 19 y 20). El componente "M" predominante fue IgG: 18 ptes (69,2%), seguido de IgM: 5 ptes (19,2%) y por último IgA: 3 ptes (11,5%). Un pte (n° 21) presentó proteinuria de Bence Jones. Los valores de β_2 microglobulina estuvieron elevados en 12 ptes (entre 2.34 y 5.48), 14 presentaron cifras dentro de rangos normales. Los valores de LDH y calcemia fueron normales en el 100% de los ptes. A 19 ptes (73%) se les realizó PAMO y BMO, encontrándose plasmocitos en MO en un porcentaje entre el 3 y 8% en 18 (94.7) de ellos, 1 (pte n°26) obligaba al diagnóstico diferencial con Smoldering M, ya que en él el recuento de plasmocitos en MO fue mayor al 10% y fue este pte, el que posteriormente (luego de 8 años de seguimiento) evolucionó a MM; 25 ptes cumplieron criterios de MGUS durante el tiempo de seguimiento (mediana de 52 meses). **Conclusión:** MGUS es más frecuente a partir de la séptima década de la vida. El riesgo global de progresión a MM es del 1% por año y los ptes permanecen en riesgo de progresión aun luego de 25 años o mas de MGUS estable. Solo la concentración (al diagnóstico) y el tipo de proteína monoclonal son factores predictivos independientes de progresión. Ptes con componente monoclonal IgM o IgA tienen mayor riesgo de progresión que los del tipo IgG. Los ptes tienen mas probabilidades de morir por enfermedad no relacionada, que por progresión a MM. Los pacientes deberían ser monitoreados anualmente con electroforesis de proteínas séricas para detectar MM antes que complicaciones como alteración de la función renal o fracturas patológicas ocurran. Los hallazgos en el análisis de los resultados de nuestra serie de casos, coinciden con los de la literatura.

107. Interleuquina-10 en pacientes con artritis psoriásica. Malah Verónica, Sohn Débora, Pino María, Nasswetter Gustavo, Carbia Claudio, Lardo Mabel.

División Reumatología. Departamento de Bioquímica Clínica. Sección Hematología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Evaluar los niveles de Interleuquina-10 (IL-10) en el suero de pacientes con Artritis Psoriásica (APs) y determinar la correlación entre estos niveles y parámetros de actividad clínica de enfermedad cutánea y articular. **Material y métodos:** Se estudiaron 29 pacientes consecutivos con APs y 16 controles sanos. La evaluación clínica de enfermedad articular se realizó en base a la duración de la rigidez matinal, escala de dolor, número de articulaciones inflamadas, número de articulaciones dolorosas, actividad de la enfermedad por parte del médico y del paciente. La severidad del compromiso cutáneo se evaluó de acuerdo al índice de severidad y área de psoriasis (PASI). Se determinaron eritrosedimentación (ESD) y proteína C reactiva (PCR). Los niveles de IL-10 se dosaron utilizando un ensayo inmunoenzimático con anticuerpo monoclonal en microplaca. **Resultados:** Los niveles séricos de IL-10 en pacientes con APs (media \pm error standard: 10.27 ± 1.96), fueron significativamente más elevados ($p=0.005$) que en los controles sanos (2.2 ± 0.68). Se observó una correlación significativa entre los niveles de IL-10 y los valores de ESD (coeficiente $r = 0.41$, $p = 0.026$), así como con el PASI (coeficiente $r=0.37$, $p = 0.048$). **Conclusión:** Se encontraron niveles más elevados de IL-10 en los pacientes con APs que en los controles. Si bien no pudo establecerse correlación con los parámetros clínicos de enfermedad articular, se observó una correlación significativa con la severidad del compromiso cutáneo.

108. Otitis media aguda y amaurosis como presentación de granulomatosis de Wegener. Báez Gerardo, Alaimo Federico, Scarponi Maria Alicia, Carballeira Beatriz, Trozzi Sonia, Vicens Marina, Stavile Nicolás, Di Pietrantonio Silvia.

Residencia de Clínica Médica. Pabellón Rossi. HIGA "San Martín". La Plata. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Revisión de un caso clínico complejo. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo de la historia clínica de la paciente. **Resumen:** Paciente mujer de 29 años que comienza con fiebre, otalgia e hipoacusia en oído derecho por lo que recibe tratamiento antibiótico oral con diagnóstico de otitis media aguda. Tras 15 días de persistencia de estos síntomas la paciente agrega epistaxis, esputo hemoptoico que evoluciona a hemoptisis, orina hematuria y amaurosis súbita, dolorosa, de ojo derecho. La paciente se interna en Hospital zonal donde persiste con los síntomas previos y se objetiva oliguria con elevación de valores de urea y creatinina, anemia, leucocitosis y trombocitosis. Se medica con Penicilina, decidiéndose derivación a nuestro hospital. Al ingreso paciente con epistaxis y hemoptisis activas, oligoanúrica y con amaurosis de ojo derecho, se realiza laboratorio (Urea 104 mg/dL, Creatinina 7,46 mg%), estudio hematológico (Hto 19%, GB 22300, Plaquetas 840.000, KPTT 50", PT 20%) inmunológico (ANCA C 1/160), TAC de tórax (nódulos pulmonares), fondo de ojo (vasculitis severa externa con área hemorrágica) y biopsias renal y de fosas nasales. Se indica pulso de etilprednisolona, transfusión de plasma fresco y se coloca catéter de doble luz para diálisis, iniciándose la misma. Se recibe informe de biopsia renal: proliferación obliterante extracapilar en 100% de glomérulos, infiltrados mononucleares intersticiales y cambios vasculares compatibles con Wegener; y de biopsia nasal: material necroinflamatorio con granulomas en tres muestras. **Conclusión:** La granulomatosis de Wegener es una vasculitis de pequeños y medianos vasos que afecta principalmente vías aéreas superiores e inferiores y riñones. La forma de presentación más frecuente es rinorrea purulenta o hemorrágica, úlceras orales, otopatía, hemoptisis y hematuria. El caso clínico de la paciente tiene como particularidad la presentación con amaurosis súbita asociada a hipoacusia, que evolutivamente desarrolló una enfermedad sistémica con presencia de marcadores inmunológicos y confirmación histopatológica.

109. Policondritis recidivante: reporte de un caso. Mata Darío Oscar, Rocha Fabián, Hernández Oropesa Tomás, Morend Inés, Cupito Miguel, Blejman Sergio, Cámara Gabriela.

Centros Ambulatorios OSEAC y Sanatorio Colegiales. Buenos Aires. Argentina.

Paciente femenina de 17 años de edad derivada desde Santiago del Estero por cuadro de seis meses de evolución caracterizado por disfonía progresiva, atrofia de cartílagos auriculares y nasales, deterioro del estado general y múltiples internaciones por cuadros respiratorios el último de los cuales requirió intubación orotraqueal e internación en Unidad de Cuidados Críticos. El examen de ingreso evidenció una paciente adelgazada con atrofia de cartílagos auriculares y nariz en "silla de montar". Se auscultaron escasas sibilancias bilaterales. Eritema y dolor del ojo derecho compatible con una epiescleritis. Una discreta anemia fue demostrada por laboratorio y los anticuerpos contra HIV, FAN y ANCA fueron negativos. La radiografía simple y una tomografía axial computada de tórax no mostraron alteraciones. Un ecocardiograma evidenció derrame pericárdico leve. Durante la internación la paciente repitió episodio de insuficiencia ventilatoria aguda que requirió realización de traqueostomía de urgencia por imposibilidad de intubación orotraqueal. La tomografía axial computada de cuello mostró una importante estenosis laríngea sin visualización de cartílagos cricoides ni de anillos traqueales superiores. La fibrolaringoscopia confirmó la estenosis subglótica severa con parálisis parcial de cuerdas vocales. Se efectuó una biopsia de cartílago de pabellón auricular que fue compatible con condritis activa. Los cultivos para gérmenes comunes, bacterias, hongos y mico bacterias fueron negativos. El diagnóstico de policondritis recidivante fue realizado por reunir los criterios clínicos y anatomopatológico. Comenzó tratamiento con metilprednisolona 60 mg/d agregándose luego metotrexate 15 mg/semana. Se colocó cánula fonatoria y se otorgó el alta sanatorial rotándose posteriormente el metotrexate por pulsos de ciclofosfamida con evolución estable. Se decide la comunicación del caso por ser una enfermedad infrecuente, la edad de aparición en esta paciente, los distintos diagnósticos diferenciales de la misma así como su presentación en forma de insuficiencia ventilatoria aguda.

110. Síndrome antifosfolipídico catastrófico. Acosta Abel, Serruya Alberto, Karatanasopuloz Ricardo, Haydar Yamila, Levy Gustavo, Martín Celeste, Iturrieta Héctor.

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital "J. R. Vidal". Corrientes. Argentina.

El síndrome antifosfolipídico catastrófico ocurre en una minoría de pacientes con síndrome antifosfolipídico primario o secundario. Se presenta en forma aguda con oclusiones de vasos de pequeño y gran calibre con fallo de múltiples órganos. La muerte ocurre en el 50% de los casos y la respuesta al tratamiento es variable. Presentamos una paciente de 39 años de edad multipara con antecedentes de 1 aborto espontáneo a la 12ª semana de gestación y 1 recién nacido muerto morfológicamente normal antes de la semana 34. En el transcurso del puerperio mediato del último parto presentó HTA severa, déficit motor de miembro superior derecho, disminución de la agudeza visual, excitación psicomotriz y posterior deterioro del sensorio permaneciendo con score de Glasgow de 9/15. Evolucionó con déficit motor de los 4 miembros, Babinsky bilateral y nistagmus horizontal, desarrollando fallo renal y disminución del recuento plaquetario. El laboratorio informó: GB: 5900 con fórmula conservada, Hcto; 37%, Hb: 11,25 g/dl, Plaquetas: 90000/mm³. Glucemia: 128mg/dl., Urea: 70 mg/dl, Creatinina: 1,80 mg/dl., KPTT: 55seg., FAN, Anti DNA y ANCA negativos. Dosaje de anticuerpos anticardiolipinas 25 UI/ml. El sedimento de orina: abundante leucocitos, cilindros granulosos y hematias crenados 1 por campo. El examen del líquido cefalorraquídeo fue normal. La TAC de cerebro de urgencia no demostró anomalías. A las 48 Hs. se realizó RNM de cerebro que evidenció múltiples lesiones en parches cortico subcorticales con características de áreas de isquemia que com-

prometen tanto sustancia blanca como gris, sin edema ni desplazamiento de la línea media. Se asumió como síndrome antifosfolípido catastrófico probable, iniciándose tratamiento con Metilprednisolona 1gr Ev (3 días consecutivos) y anticoagulación con heparina no fraccionada. A las 72 horas se constató reversión del fallo renal y paulatina recuperación del estado de conciencia. Permaneció anticoagulada y con Metilprednisolona 60 mg/día por vía oral. A los 30 días del alta hospitalaria se repitió TAC de cerebro que mostró lesiones isquémicas ya evolucionadas y persistió con cuadriparesia, movimientos coreiformes y demencia. Consideramos de interés reportar este caso debido a la baja incidencia de presentación catastrófica del síndrome antifosfolípido y su probable relación con la gestación.

111. Análisis del catastro de TBC en el personal de la salud. Foccoli M., Tosello C., Padovani A., Putruelle A., Lasala M.B.

División Infectología y Programa de TBC. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Objetivo: Analizar los beneficios surgidos del estudio del personal de la salud (PS) frente a un contacto con un paciente o PS con TBC activa. **Metodología:** El Programa de Epidemiología y el Programa de TBC de un Hospital Universitario, desde año 2000, realizan el catastro (PPD 2 UT y radiografía (rx) de tórax) al PS ante el contacto con un paciente o PS sin aislamiento respiratorio en el momento del diagnóstico de TBC activa. Se indica profilaxis con isoniazida al PS con PPD > 10mm y rx normal y el PS con rx patológica se deriva para su estudio. **Resultados:** Durante 3,8 años se solicitó catastro a 552 PS: médicos 204, enfermeros 250, mucamos 28, catalogados como "otros" 70. Realizaron los estudios 155 PS (30%): médicos 9% (18/204), enfermeros 42% (106/250), mucamos 39% (11/28), otros 29% (20/70). Se efectuaron 144 PPD: 0mm: 52%, ≤ 10mm: 26%, 11-15mm: 13%, > 10mm: 9%. El 29% (22/144) del PS con de PPD – hizo booster, hubo 1 viraje. El total del PS que efectuó rx fue 138: normal 91%, nódulo 4%, infiltrado 5%. PS que recibió profilaxis 15%. Se diagnosticó TBC activa en 1 PS. **Conclusiones:** 1) La baja adherencia al catastro junto con la necesidad de profilaxis del 15% del PS estudiado, confirma la necesidad de sistematizarlo y de realizar controles anuales de todo el PS. 2) La cantidad del PS que requirió ser estudiado demuestra la falta de alerta para la implementación de las medidas de aislamiento. 3) Es manifiesta la importancia de realizar una educación continua del PS. 4) Se debería replantear la utilidad de realizar booster.

112. Control del asma en pacientes ambulatorios atendidos por neumólogos utilizando la encuesta AIRE/AIA. Aruj P., Faure C., Brea Folco J., Appelbaum G., Scorzo G., Giacaglia V., Lescano S., Gené R. J.

División Neumonología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Los estudios AIRE y AIA demostraron déficit de control del asma en países desarrollados. **Objetivos:** Evaluar y comparar utilizando su encuesta, el grado de control de la enfermedad en una muestra de pacientes ambulatorios y analizar si el control mejora luego de 6 meses de iniciado el tratamiento. **Métodos:** Se incluyeron 2 grupos de pacientes con mas y menos de 6 meses de tratamiento (Grupo 1 y 2 respectivamente). Se analizaron las conclusiones del AIRE/AIA con la finalidad de detectar el grado de control del asma en nuestros enfermos. **Resultados:** Se incluyeron 74 pacientes (57 mujeres) con edad promedio de 57,7±18 años. Grupo 1: n = 47 y duración del asma de 27,2 ±17 años. Grupo 2: n = 26 con 21,5±15,8 años de duración (p = 0,207). Grupo 1: en las últimas 4 semanas, asintomáticos el 36,2%, síntomas leves el 57,4% y síntomas moderados el 6,4%; de los cuales el 45,7% eran diurnos y 19,6% nocturnos. El 13% tuvo ausentismo laboral en el último año. Habían consultado a guardia el 19,1%, al consultorio en forma no programada el 17% y se había hospitalizado el 8,9% durante el último año. Los del Grupo 2 presentaron el doble de síntomas diurnos y nocturnos, 22%

de ausentismo laboral, despertares todas las noches en 14,8% y significativa mayor frecuencia de consultas de emergencia e internaciones. **Conclusiones:** Si bien el control es similar al hallado en el hemisferio Norte y mejoran con la prosecución del tratamiento esteroideo podría lograrse mejoría adicional con mayor educación y el agregado de LABA.

113. Evaluación de pacientes con síntomas obstructivos. Aruj P., Brea Folco J., Faure C., Lescano S., Appelbaum G., Scorzo G., Gené R.

División Neumonología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Objetivos: Describir la presencia y las características de las enfermedades obstructivas mediante una encuesta administrada a pacientes portadores de síntomas obstructivos convocados por medios masivos durante Julio de 2001. **Métodos:** Durante una semana se registraron datos demográficos, clínicos y farmacológicos de los pacientes mediante un cuestionario y una espirometría. Se clasificaron a los pacientes en: a) probables asmáticos, b) fumadores sintomáticos, c) riniticos, d) asintomáticos y e) indefinidos. Las espirometrías fueron clasificadas en obstructivas y no obstructivas. Se correlacionaron estos datos con sexo, edad, tabaquismo activo y pasivo, escolaridad, ocupación, diagnóstico médico, uso de medicación y tratamiento. **Resultados:** De 884 pacientes (385 hombres), 351 eran del grupo a); 123 del grupo b). En 72,3% se obtuvo una espirometría al finalizar el cuestionario. De los fumadores sintomáticos (45 ±35 p/y), 22/95 tenía obstrucción de la vía aérea, sólo 22/123 realizaban tratamiento (adecuado en 9). Respecto del grupo a) 150/351 tenían diagnóstico médico previo de asma. El 39% utilizaba algún tipo de medicación (de ellos, el 50% BD de acción corta, 32% alguna forma de corticoide inhalado y 13% recibían corticoides sistémicos). El 77% presentaba síntomas compatibles con rinitis, el 42% había presentado crisis el último año, 22% eran tabaquistas activos y 38% fumadores pasivos. **Conclusiones:** El uso de cuestionarios dirigidos en forma masiva permite detectar pacientes de riesgo deficientemente evaluados y tratarlos hacia el control adecuado de su enfermedad.

114. Lavado broncoalveolar terapéutico y lavado pulmonar total en proteinosis alveolar. Vujacich P., Downey D., Berenguer R., Baquero S., Goffredo D., Gené R.

División Neumonología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

La proteinosis alveolar (PA) es una rara entidad de etiología desconocida con depósitos intraalveolares de material fosfolípido-proteínico. Se describen dos procedimientos terapéuticos en 3 pacientes con PA. **Caso 1** (1996-2002): Varón de 42 años, tabaquista, mecánico, con disnea progresiva. Presentaba restricción leve, hipoxemia, y DLCO del 22%. La Rx de tórax y la TAC de alta resolución evidenciaban imágenes de lleno alveolar bilateral. Se efectuó diagnóstico de PA por fibrobroncoscopia (FBC) con biopsia transbronquial (BTB). Se realizaron 4 procedimientos fibrobroncoscópico con lavados broncoalveolares múltiples, empleando 300 ml de solución salina isotónica por segmento pulmonar. Se totalizaron casi 8000 ml de solución instilada. Se utilizó anestesia local, oxígeno terapia nasal y neuroleptoanalgesia, sin asistencia respiratoria mecánica. La DLCO mejoró 46,8%. Vivo en 2002. **Caso 2** (1996-2001): Mujer de 50 años, oficinista, con disnea de esfuerzo. La Rx y la TAC de tórax evidenciaban hallazgos similares, la DLCO era de 45%. La BTB y una biopsia toracoscópica fueron diagnósticas para PA. Se efectuaron tres lavados pulmonares totales según técnicas convencionales bajo asistencia respiratoria mecánica y ventilación unilateral en 1996, 1999 y 2001. La DLCO se incrementó un 106%. Viva en marzo de 2003. **Caso 3** (2001-2003): Mujer de 23 años, residente en Mar del Plata. Consultó por disnea de esfuerzo y tos seca. Rx, TAC y FBC diagnóstica para PA. Volúmenes normales, DLCO del 40%. Se efectuó lavado pulmonar total en 2001 y 2003. Ambos tipos de procedimientos, el lavado pulmonar fibrobroncoscópico y 5 lava-

dos pulmonares totales, fueron realizables sin complicaciones mayores y se asociaron con mejoría subjetiva y funcional. El primero de ellos se realizó sin ARM, bajo mínima sedación. Los lavados pulmonares totales se realizaron bajo anestesia general. El volumen empleado entre 8 l y 18 l dependió siempre del aclaramiento del líquido recuperado. Si bien los 3 pacientes mejoraron post procedimiento, en 2 de ellos fue necesario repetirlo en intervalos variables.

115. Un año de internaciones por exacerbación de EPOC en un Hospital Universitario. Prigioni A., Garzón J., Gando S., Scorzo G., Gene R. J.

División Neumonología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La internación por exacerbación es un evento importante en la progresión de la enfermedad (demanda el 40% de los costos totales) ya que aumenta la mortalidad, produce un deterioro de la calidad de vida, y se correlaciona con un descenso progresivo de la función pulmonar. **Métodos:** Se incluyeron 53 pacientes consecutivos, de manera prospectiva, internados durante el período de julio 2002 a junio 2003, por exacerbación de su EPOC. Se analizaron las características demográficas, antecedentes de su enfermedad y comorbilidades, características funcionales previas, al ingreso y al alta, estadía hospitalaria, tratamiento recibido y factores relacionados con mortalidad intrahospitalaria. **Análisis Estadístico:** Para el análisis de variables categóricas se utilizó el Test de Chi-Square; para las variables continuas se utilizaron el Test *T* de student, Mann-Whitney rank sum test, y el Test de Kruskal-Wallis. Los resultados serán expresados como media \pm SD, o mediana con intervalo intercuartilo 25-75. Se consideró como significativa una $p < 0.05$. **Resultados:** edad 72 ± 8 años, BMI 26 ± 5 , uso de O₂ domiciliario 24.55%, vacunación contra el Neumococo 18.89%, y antigripal 28.3%, rehabilitación en el año previo 9.44%. La comorbilidad más importante fue la insuficiencia cardíaca con un 30.2%. 24.5% de los pacientes eran fumadores activos, y el número de pack/year fue de 65 (rango 40-90). FEV1 previo fue de 0.78 l/seg (30.1%) (rango 0.62 – 0.98). Considerando los 3 criterios clásicos para definir exacerbación, los pacientes presentaron un promedio de 2.6 ± 0.56 de los criterios al ingreso (disnea 96.23%, aumento en la expectoración 92.46% y cambios en la expectoración 71.70%). La estadía hospitalaria total fue de 9 días (rango 5-15). Gasometría arterial al aire ambiente, PaO₂ 58.1 mmHg (rango 51-70.2), PaCO₂ 43.8 mmHg (rango 70.2-51), SaO₂ 90.5 % (rango 83.5–93), PAFI 253 ± 57.4 %. El hallazgo más frecuente en la Rx. Al ingreso fue la hiperinsuflación (64.15%). Al alta el FEV1 post-broncodilatadores fue de 0.845 l/seg (35%) (rango 0.7-0.925), y el 96% de los pacientes no presentaron respuesta a broncodilatadores. La mortalidad intrahospitalaria fue del 17 % (9 pacientes). Los factores relacionados con mortalidad fueron: albúmina $p < 0.01$, SaO₂ $p = 0.024$, años de abandono del tabaquismo $p = 0.045$, hiperinsuflación en Rx. $p = 0.0392$, UTI $p = 0.015$ y uso de ventilación mecánica $p = 0.0014$, uso de aminofilina en la internación $p = 0.029$. **Conclusiones:** Los resultados muestran una población añosa, de fumadores severos y por período prolongado, EPOC severos a muy severos (GOLD 2003). Destacamos el bajo índice de vacunación, y uso insuficiente de medicación, con una elevada mortalidad (mayor que el IAM). Considerando los datos obtenidos es necesario implementar medidas preventivas como cesación del tabaquismo, vacunación, adecuada alimentación, educación y rehabilitación.

116. Diagnóstico por imágenes en el alcoholismo. Buzzi Alfredo Eugenio¹, Doisenbant Arnaldo Rodolfo², Rachetta Silvana².

¹Emprendimientos de Salud S.A. Hospital Naval "Pedro Mallo". ²Hospital de Clínicas "José de San Martín". Argentina.

Objetivos: Describir el espectro de hallazgos imagenológicos en pacientes alcohólicos. **Metodología:** Se presentan las características que las más típicas afecciones relacionadas con el alcoholismo

exponen en los métodos de diagnóstico por imágenes. **Resultados:** El consumo de alcohol es una de las causas más importantes de enfermedades agudas y crónicas, invalidez, violencia y desórdenes psico-sociales. En los países en desarrollo, es la cuarta causa de invalidez y es responsable del 4.5% de la mortalidad global, de modo que su repercusión en el gasto en salud y en la economía general es un factor preeminente. Sus consecuencias abarcan afecciones agudas (encefalopatía de Wernicke, hemorragias digestivas, pancreatitis, traumatismos, arritmias cardíacas) y crónicas (daño cerebral, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, cardiopatías, cánceres, enfermedad hepática, neuropatía, infecciones, afecciones músculo-esqueléticas), y también se vincula a enfermedades congénitas. Las técnicas por imágenes evidencian muchas de estas manifestaciones. **Conclusiones:** Alrededor del 90% de la población bebe alcohol; uno de cada nueve de ellos (11% del total) lo hace de un modo que genera desequilibrios en su vida personal y en su convivencia. El 7% de la población presenta estigmas de toxicidad y dependencia. Los consumidores de alcohol no sólo se dañan a sí mismos, sino que su familia y la comunidad toda son también víctimas de este flagelo. Las distintas modalidades del diagnóstico por imágenes (radiología simple y contrastada, ecografía, tomografía computada, resonancia magnética, medicina nuclear) son de utilidad para determinar la presencia y la severidad de los daños físicos producidos.

117. Granulomatosis pulmonares. Valor de la tomografía de alta resolución. Rossi S. E., Aguilar G., Azlor R., Condesse S.

Centro de Diagnóstico "Dr. Enrique Rossi". Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: ilustrar a través de imágenes radiológicas las principales enfermedades granulomatosas pulmonares, evaluando la utilidad de la tomografía de alta resolución. **Material y método:** se realizó una búsqueda retrospectiva, seleccionando de nuestra base de datos, las tomografías más representativas de pacientes con enfermedad granulomatosa pulmonar. **Resultados:** las granulomatosis fueron divididas en dos grupos: infecciosas y no infecciosas. Los hallazgos más frecuentes en el grupo de causa infecciosa incluyen: en la tuberculosis las condensaciones, cavidades, patón de árbol en brote, nodulillos pulmonares con distribución al azar (forma miliar); en las mycobacterias atípicas son frecuentes las bronquiectasias en lóbulo medio y lingula, en la neumonía por pneumocystis carinii el patrón en vidrio esmerilado, difuso o en mosaico, las consolidaciones, quistes y nódulos; y en el grupo de causa no infecciosa: en la granulomatosis de Wegener los nódulos, consolidaciones; en el síndrome de Churg Strauss las consolidaciones, opacidad en vidrio esmerilado, nódulos centrilobulares; en la artritis reumatoidea los nódulos bilaterales de localización periférica; en la mycobacteriosis el engrosamiento intersticial peribroncovascular y los nódulos de distribución perilinfática; y finalmente en la alveolitis alérgica extrínseca el patrón en vidrio esmerilado, nódulos centrilobulares y fibrosis. **Conclusión:** las granulomatosis pulmonares no presentan un patrón característico. Sin embargo, la tomografía de alta resolución puede sugerir el diagnóstico en un contexto clínico adecuado.

118. Iconografía por TC y RMI de localizaciones secundarias de melanoma. Docampo Jorge, Gini Belén, Martín Eduardo, Laborde Silvia, Jarisevic de Lanosa Etta, Bruno Claudio.

Fundación Científica del Sur. Lomas de Zamora. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Mostrar hallazgos iconográficos por TC y RMI de metástasis de melanoma. **Metodología:** Fueron evaluados por tomografía y resonancia magnética 12 pacientes con metástasis de melanoma en diferentes localizaciones en un período de 8 meses. 5 pacientes de sexo masculino, 7 de sexo femenino, de entre 22 y 75 años de edad. Se utilizaron un tomógrafo doble helicoidal y un resonador de campo cerrado de 1.5 T. **Resulta-**

dos: El melanoma es un tumor maligno de los melanocitos. Se localizan en la piel, mucosas, más raramente en retina y meninges. Representa el 2,5% de todos los cánceres y es responsable del 1-2% de las muertes por cáncer. Es la causa más frecuente de muerte entre las enfermedades cutáneas. Un 50% de melanomas se observan en personas menores de 50 años. Factores de riesgo: exposición a radiación ultravioleta, piel clara, antecedentes familiares de melanoma, existencia previa de un melanoma, de nevus melanocíticos congénitos o de múltiples nevus adquiridos. El melanoma presenta dos fases de crecimiento, una radial (intraepidérmica) y otra vertical (intradérmica). En ésta última la tumoración invade la dermis con la capacidad de producir metástasis. Típicamente las lesiones con componente melánico son hiperdensas en tomografía e hiperintensas en secuencias T1 en resonancia magnética e iso hipointensas en T2. Realzan post-contraste endovenoso en ambos métodos. De los 12 pacientes, 8 presentaron metástasis cerebrales (66.7%), 4 metástasis en el tejido celular subcutáneo (33.3%), 2 en ganglios inguinales (16.7%), 1 en mama (8.3%), 1 en pulmón (8.3%). **Conclusiones:** Las localizaciones metastásicas de melanoma más frecuentes fueron en cerebro 66.7%, tejido celular subcutáneo 33.3% y ganglionar 16.7%. Tanto la resonancia magnética como la tomografía computada son adecuadas para la evaluación de metástasis a distancia.

119. Estudio clínico y epidemiológico de pacientes con aislamiento de *Stenotrophomonas maltophilia*.

Tosello C., De Gregorio S., Foccoli M., Cima J., Rodríguez C., Vay C., Famiglietti A., Lasala M.B.

División Infectología y Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Objetivo: Analizar las características clínicas, epidemiológicas y evolutivas de pacientes (pac.) que tuvieron aislamiento de *Stenotrophomonas maltophilia* (SM) en especímenes clínicos. **Metodología:** Estudio retrospectivo, observacional de pac. con cultivo + para SM. Se analizaron historias clínicas evaluando: edad, sexo, enfermedad de base, antibiótico (ATB) previo, procedimientos invasivos, sitio de aislamiento de SM, tratamiento y evolución. **Resultados:** de 2002 a marzo 2004 se analizaron 44 pac.: edad media 60 años (0-86), masculinos 61 %. Pac. internados 40 (91%). Tiempo medio de internación: 13 días (0-57). Motivo de internación conocido en 31 pac.: otra patología infecciosa 17(54%), enfermedad osteoarticular 4 (13%), neoplasia 4 (13%), patología vascular periférica 3 (10%), otros 3(10%). De los 34 pac con enfermedad de base: 77% tenía patología respiratoria, 25% insuficiencia renal crónica, 21% DBT, inmunosupresión 6(14%). Recibieron ATB previos 28(63,6%), tiempo medio 12 días: Vancomicina 50%, cefalosporinas 3^o 43%, metronidazol 32 %, ciprofloxacina 28%, aminoglucósidos 25% y carbapenemes 21%. Se consideraron de adquisición hospitalaria 33/44 (75%). Especímenes clínicos con SM: respiratorio 18 (41%), sangre 7 (17%), sitio quirúrgico 5 (11%), piel y partes blandas 5(11%), orina 4(9%), líquido abdominal 4 (9%) y secreción conjuntival 1 (2%). En 20/44 SM fue única flora y 17/44 fueron sensibles a TMS y quinolonas. Pac con muestras respiratorias +: con ARM 10 (tiempo medio 10 ds), 70% recibió ATB por neumonía asociada a ARM; sin ARM 8 pac., sólo 1 recibió ATB. Pac con hemocultivos +: con dispositivos endovasculares 5 (CVC:3, hemodiálisis: 2-tiempo medio de colocación: 6 y 109 días respectivamente), todos recibieron ATB. Pac con muestras quirúrgicas +: 4 infección incisional profunda y 1órgano espacio (tiempo medio desde cirugía hasta cultivo +: 23 días), 4 fueron tratadas. Pac con orina +: todos con sonda vesical (tiempo medio 33 días), 2 consideradas colonización. De 19 pac no tratados: 5 por colonización, 7 óbitos y 7 desconocida. De 25 pac tratados: 18 (72%) fueron externados, 7 (28%) fallecieron, letalidad de 16%. Pac sin tratamiento: externados 47%), fallecidos 7(37%), letalidad 10%. De todos los fallecidos el 63% tenían más de un factor de riesgo. **Conclusión:** 1. Colonización o infección por SM, en su mayoría, ocurrieron en pacientes con patología previa agravada por estadía prolongada, instrumen-

tación y uso previo de ATB. 2. Los carbapenemes no fueron los más frecuentemente utilizados, contrariamente a lo publicado. 3. La evolución es difícil de interpretar por las características de los pacientes. 4. El hallazgo de SM en muestras clínicas debe incluir un análisis cuidadoso del médico tratante para definir su patogenicidad. 3. Extremar esfuerzos en disminuir los factores predisponentes, utilización apropiada de ATB, especialmente en pac de mayor riesgo, es fundamental para minimizar la adquisición de este patógeno con escaso recurso terapéutico.

120. Evaluar los factores asociados a infecciones por *Enterococo vancomicina resistente*. de Gregorio S., Tosello C., Foccoli M., De Mier C., Vay C., Famiglietti A., Lasala M.B.

División Infectología y Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Objetivo: analizar los factores de riesgo asociados a infecciones por EVR. **Metodología:** entre enero de 2002 y diciembre de 2003 se realizó un estudio retrospectivo de las historias clínicas de pacientes (pac) con infección por EVR. Se evaluó: edad, sexo, área de internación, datos previo a la infección: tiempo de internación, tratamiento (tto) y tiempo con ATB, procedimientos invasivos, cirugía, foco infeccioso, tratamiento y evolución. **Resultados:** Se analizaron 32 episodio: edad promedio: 69 años (rango 32-86), fem: 47%, masc 53%. Internados en clínica médica 13, unidades críticas 12, cirugía 7. Tiempo previo al hallazgo de EVR 26 días (rango 0-180). Con ATB previo 94%. Recibieron más de 1 esquema de ATB el 63%.

ATB previo	30 (94%)	Instrumentación previa	26 (81%)	
-Cefalosporina 3	21	-Catéter endovascular (cvc)	23	
-Carbapenemes	20	-Sonda vesical (sv)	21	
-Vancomicina	18	-ARM	17	
-Metronidazol	9	Cirugía previa	20 (63%)	
Especímenes clínicos con EVR		Diagnóstico de infección por EVR*		
-Sangre	17	N Instrumentación	Tiempo previo	
-Orina	6	-Bac	17 12 cvc	4-60 días
-Muestra abdominal	6	-ITU	6 5 sv	9-21 días
-Piel y partes blandas	2	-ISQ oe	6	
-Líquido articular	1	-ISQ is	2	

*Bac: bacteriemia asociada a catéter, ITU: infección urinaria, ISQ oe: infección del sitio quirúrgico órgano-espacio, ISQ is: infección del sitio quirúrgico incisional superficial. Fueron tratados 37%, con linezolid: 5 Bac, 3 ISQ; con minociclina: 2 ITU, 1 ISQ, nitrofurantoina: 1 ITU. De 12 pac tratados: 6 (50%) fueron externados, 4 (33%) fallecieron, 2 desconocida, letalidad de 8%. Pac sin tto: externados 9 (47%), fallecidos 10(53%), letalidad 26%. 1 pac con tto desconocido. **Conclusiones:** 1. los factores de riesgo coinciden con la literatura. El esfuerzo debe estar dirigido a acortar los tiempos de internación, minimizar la instrumentación del pac y al uso racional de ATB. 2. Confirma la falta de cumplimiento del aislamiento de los pac con colonización o infección por EVR y la necesidad de adherencia a las guías de procedimientos.

121. Infecciones más frecuentes en adolescentes de 11 a 19 años. Rava M. F., Giurgiovich A., Bellusci M. F., Rogers Ford J., Mengarelli G., Califano P., Becerra E., Girard G., Méndez Ribas J. M.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: La cantidad y tipo de infecciones diagnosticadas y las características con que las mismas se presentan en la población de pacientes adolescentes; depende de la edad y el nivel socio-económico entre otras causas. **Objetivo:** Identificar las infecciones diagnosticadas según aparato o sistema de adolescentes que consultaron al Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas "José de San Martín" en el lapso de un año. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de las historias clínicas pertenecientes a las áreas de clínica y ginecología del Programa de Adolescencia del

Hospital de Clínicas "José de San Martín" que consultaron en el período 01/03/2003 al 29/02/2004. De las historias clínicas se extrajeron: edad, sexo, motivo de consulta, diagnóstico, IRS, número de parejas, germen. Las historias clínicas utilizadas son únicas para todo el programa y son las recomendadas por CLAP/OPS/OMS. **Criterios de inclusión:** Adolescentes de ambos sexos de 11 a 19 años inclusive que hubiesen consultado con síntomas de infección a cualquiera de las áreas, pacientes que hubiesen consultado por otra causa y que se les haya diagnosticado un proceso infeccioso. **Criterios de exclusión:** Pacientes que hayan consultado por causas aparentemente infecciosas, pero que el examen clínico y/o el laboratorio sean negativos. **Criterios de eliminación:** Pacientes con clínica de infección que se tomaron cultivos y que nunca regresaron con los resultados. **Tratamiento estadístico:** Se aplicó programa Excel. **Resultados:** Número de consultas totales: 2657. Número de consultas del área de clínica: 1554. Patológicas: 267 (17.2 %). Número de consultas del área de ginecología: 1103. Patológicas: 164 (14.8 %). Patologías más frecuentes: Aparato genital: 38 %. Aparato respiratorio: 37.8 % Streptococo +: 25 % en faringitis. Piel: 12.3 %. Aparato digestivo: 8.5 %. Vías urinarias: 3.4 %. Gérmenes más frecuentemente hallados en infecciones ginecológicas: 1) *Cándida* 2) *E.Coli* (Flujo y Orina) 3) *HPV*. **Conclusiones:** El subregistro evidente de consultas por patologías infecciosas en un Programa de Adolescencia puede deberse entre otros motivos a: Frecuencia de infecciones banales que no requieren atención, el gran número de infecciones estacionales que requieren reposo y por lo tanto no concurren al hospital, el nivel socio-económico de la población que concurre al hospital que dificulta la consulta ambulatoria, etc. Asimismo llama la atención la baja incidencia de ETS a pesar de la gran cantidad de consultas ginecológicas y la escasa cantidad de consultas masculinas. También se observa que uno de cada cinco adolescentes consulta por patología de la piel.

122. Infecciones nosocomiales: revisión de casos. Bosio Oscar, Mandrile Laura, Tamayo Antabak Natalia, Warley Eduardo.

Servicios de Clínica Médica e Infectología. H.I.G.A. "Dr. Diego Paroissien". La Matanza. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Se define como infección nosocomial a aquella que no se encuentra presente o en estado de incubación en el momento del ingreso hospitalario del paciente y que se desarrolla luego de 48 hrs. del mismo o bien, cuando la infección ocurre 3 días después del alta hospitalaria. Las infecciones nosocomiales presentan un alto índice de morbimortalidad representando un gran desafío de la práctica diaria. **Objetivos:** 1) definir entidades nosológicas y etiologías microbianas; 2) evaluar la relación existente entre factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos y las infecciones nosocomiales; 3) conocer la mortalidad asociada a dichas infecciones en nuestro servicio. **Materiales y métodos:** Se consignaron durante 18 meses (octubre 2002 – marzo 2004) 43 pacientes internados en la sala de Clínica Médica que presentaron alguna infección nosocomial. Se diseñó una ficha de recolección de datos que incluyó datos personales, elementos de riesgo, entidades nosológicas, resultados bacteriológicos, tratamiento y evolución. **Resultados:** de los 43 pacientes analizados presentaron bacteriemia como única anifestación 10 (23,4%) pacientes, infección urinaria asociada a catéter 13 (30,2%), infección de piel y partes blandas 9 (20,9%), neumonía 9 (20,9%) y otras infecciones 2 (4,6%) pacientes. El principal agente causal fue *Staphylococcus aureus*: 12 (27,9%) pacientes, seguido de enterobacterias: 9 (23,1%), *Staphylococcus coagulans* negativo: 6 (13,9%), *Acinetobacter baumannii*: 2 (4,6%), *Citrobacter* sp.: 2 (4,6%) y aislamiento de: *Klebsiella oxytoca*, *Enterobacter cloacae*, *Enterobacter* sp, diplococo Gram y *Streptococcus pneumoniae* en un paciente cada uno. No se aisló germen causal en 6 (13,9%) pacientes. Las comorbilidades asociadas en orden de frecuencia fueron: desnutrición, enfermedades neurológicas, VIH, diabetes, neoplasias, cirrosis, IRC y neutropenia. Los principales elementos de riesgo hallados fueron los catéteres venosos periféricos (39,5%) y su asociación con sonda vesical en 21 pacientes (48,8%).

Se adjudicó el óbito a la infección nosocomial en 20 (46,5%). **Discusión:** Los estudios realizados alrededor del mundo documentan que las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbilidad y mortalidad. Una elevada frecuencia de infecciones nosocomiales comprueba la calidad deficiente de la prestación de servicios de atención de salud y ocasiona costos evitables. Muchos factores contribuyen a la frecuencia de las infecciones nosocomiales: los pacientes hospitalizados sufren a menudo compromiso inmunitario, se someten a exámenes y tratamientos invasivos y las prácticas de atención de los pacientes y el medio del hospital pueden facilitar la transmisión de microorganismos entre ellos. La presión selectiva ejercida por el uso intensivo de antibióticos promueve la resistencia a los mismos. Si bien se ha logrado progresar en la prevención de las infecciones nosocomiales, las modificaciones del ejercicio de la medicina presentan constantemente nuevas oportunidades de manifestación de infecciones. Aun sigue observándose una alta incidencia de infecciones nosocomiales asociadas a procedimientos invasivos, como refleja el alto porcentaje de infecciones asociadas a catéteres venosos periféricos y vesicales que se comunican en nuestro trabajo. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones, la mortalidad sigue siendo muy elevada. **Conclusión:** A pesar del progreso alcanzado en la actividad hospitalaria y de Salud Pública, siguen manifestándose infecciones en pacientes internados. Las prácticas deficientes de control de infección y transmisión pueden facilitar las infecciones nosocomiales, con el concomitante aumento de la morbimortalidad hospitalaria.

123. Lesión cavitada pulmonar por *Cryptococcus* en paciente con SIDA. Moro Diego C., Arana Santiago, Lask Judith, González Alejandra, Feldman Néstor.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Nacional Posadas. Buenos Aires. Argentina.

Paciente de 32 años, con diagnóstico de HIV + en junio de 1998, tabaquista y etilista severo, difícil adherencia al tratamiento antirretroviral. Antecedente de neumonía por *Pneumocystis carinii* en 2 oportunidades, junio de 1998 y marzo de 2003. Presenta cuadro de disnea, fiebre, tos seca, que evoluciona a hemoptoica posteriormente. En la radiografía de tórax se constata infiltrado paracardíaco derecho. Se inicia tratamiento con ceftriaxone endovenoso, a foco respiratorio bajo. Se realizan hemocultivos 2/2: negativos, esputo con cultivo para gérmenes comunes: negativo, Ziehl Nielsen: negativo, directo y cultivo para BAAR: negativos. A pesar de cumplir 10 días de tratamiento antibiótico parenteral, no presenta mejoría clínica, realizándose nueva radiografía de tórax donde se constata lesión cavitada en base pulmonar derecha, confirmada mediante TAC de tórax que demuestra imagen cavitada de paredes irregulares a nivel del lóbulo pulmonar inferior derecho. Se realiza lavado broncoalveolar con 2 aislamientos: *Cryptococcus neoformans* y *Capnocytophaga sputigena* grupo HACEK. Se realizan 3 series de hemocultivos (negativos para gérmenes comunes) y ecocardiograma transtorácico: normal. Recibe tratamiento con amoxicilina-clavulánico 3gs./día, asociado a Anfotericina B 700 mg./día, rotándose a fluconazol 400mg./día. Evolucionó favorablemente, siendo posteriormente externado. La infección por *Cryptococcus* es la micosis profunda más frecuente en pacientes con SIDA. El compromiso pulmonar puede manifestarse mediante síntomas inespecíficos, asociados a un infiltrado intersticial difuso en la radiografía de tórax, aunque también puede manifestarse mediante un "criptococoma" o cavitación, siendo esta una forma muy poco frecuente de presentación. La infección por *Capnocytophaga* se produce tanto en huéspedes inmunocompetentes como inmunosuprimidos, siendo la sepsis, la forma más común de presentación en pacientes HIV +, no siendo reportado aún, el absceso de pulmón como manifestación de esta infección en dichos huéspedes. Debido a lo poco habitual del aislamiento de *Cryptococcus neoformans* y *Capnocytophaga*, en lesiones cavitadas pulmonares, creemos que es sumamente importante la discusión de este caso clínico.

124. Purpura trombótica trombocitopénica asociada a endocarditis infecciosa sobre catéter de marcapasos. Espinosa Angel, Dimov Laura, Bucay Claudia, Montero Diego, Caviglia Jorge, Albarracín Flavio, Pereyra Mariana, Cotone Carlos.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Presentamos caso de púrpura trombocitopénica en paciente con endocarditis infecciosa sobre catéter de marcapasos, por su inusual asociación y curso clínico. **Caso Clínico:** Mujer de 78 años con antecedentes de: Ex tabaquismo y colocación de marcapasos definitivo tipo VVI por Bloqueo A-V completo en año 2001. Ingresó el 13/2/04 por dolor lumbar de 3 días de evolución y fiebre (38.5°C). **Exámen físico:** Lúcida, TA: 160/100mmHg, afebril, hematoma en cara interna de muslo derecho, petequias en cara lateral de brazo derecho. Soplo holosistólico 3/6 en foco tricuspídeo, pulso hepático(+), ingurgitación yugular 2/3 con colapso parcial. Escasos rales crepitantes en base derecha. **Laboratorio:** HTO28%; GB35000/mm³; PLAQ:22000/mm³; Gluc:100 mg/dl U:54mg/dl; CR:1,05mg/dl; Ionog:141/4,0 meq/l; Quick 10%; KPTT: 34"; GOT27u/l; GPT31u/l; FAL:520u/l; LDH387 mg/dl. **Evolución:** Se interpreta como probable endocarditis asociada a catéter de marcapasos. Iniciando tratamiento antibiótico empírico con ampicilina + gentamicina, previa toma de hemocultivos. A las 96 hs se rota el esquema antibiótico por cefalotina + rifampicina por aislamiento en hemocultivos 6/6 de estafilococo aureus meticilino sensible. Simultáneamente presenta marcada plaquetopenia (5000/mm³) interpretándose como probable púrpura trombótica trombocitopénica por lo que inicia tratamiento con metilprednisolona y plasmaféresis. Evoluciona con elevación del recuento plaquetario hasta 80000/mm³. Ecocardiograma doppler: Diámetro ventricular izquierdo (VI) conservado, hipertrofia concéntrica del VI. Aurícula izquierda: 53mm. Función sistólica del VI conservada. Severa calcificación de válvula aórtica, calcificación severa del anillo mitral. Se visualiza catéter de marcapasos con una masa adherida de 46mm x 27mm de diámetro, muy móvil, que pasa a través de la tricúspide produciendo obstrucción del llenado del ventrículo derecho. Estenosis aórtica leve a moderada. Procedimiento quirúrgico: Se extrae cable y vegetación de 7cm de diámetro colocándose en dicho procedimiento marcapasos epicárdico. Durante el postoperatorio inmediato presento tendencia a la hipertensión y continuó recibiendo plasma fresco + corticoides con adecuado recuento plaquetario (170.000/mm³), suspendiéndose dicho tratamiento interpretándose como mejoría posterior a la eliminación del catéter. Evoluciona febril con secreciones mucopurulentas, PaFIO<200 e infiltrado en base pulmonar derecha. Se inicia tratamiento con Vancomicina + Imipenem. Evoluciona inestable hemodinámicamente, requiriendo inotrópicos a dosis crecientes. En dos urocultivos se rescatan levaduras y en aspirado traqueal acinetobacter que por sensibilidad requiere agregar polimixina + fluconazol al tratamiento. Deteriora progresivamente la función renal. 04/04/04 Fallece la paciente.

125. Infección diseminada por Strongyloides Stercoralis en un paciente con SIDA. Bosio Oscar, Tamayo Antabak Natalia, Spolidoro Romina, Liste Viviana, Alegre Guasti Marcelo.

Servicio de Clínica Médica. H.I.G.A. "Dr. Diego Paroissien". La Matanza. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: se presenta un paciente con SIDA que ingresa al Hospital en insuficiencia respiratoria. Presentaba una infección diseminada por Strongyloides stercoralis, cuyo diagnóstico etiológico se estableció a partir del estudio microscópico de una muestra de esputo. **Caso clínico:** paciente de 34 años, sexo masculino, HIV positivo desde 1997. Antecedentes de drogadicción inhalatoria. Múltiples viajes a zonas rurales de la Provincia de Entre Ríos. Sin tratamiento antirretroviral ni controles. Tratamiento antituberculoso incompleto en 1997. Comienza un mes antes de la internación con diarrea, náuseas, vómitos y descenso de peso.

Se agrega tos con expectoración mucopurulenta, disnea y equivalentes febriles. Consulta el 15/08/03 por insuficiencia respiratoria. En la radiografía de tórax presenta infiltrados intersticiales bilaterales. Se interpretó el cuadro como neumonitis por Pneumocystis jiroveci (PCP) y se inició tratamiento en forma empírica con TMP/SMZ, corticoides y tuberculostáticos. 16/08/03: se envía muestra de esputo para su estudio baciloscópico, el cual fue negativo para BAAR, observándose en el examen en fresco una gran cantidad de distintos estadios larvarios (rhabditoides y filariformes) de Strongyloides stercoralis, poseedores de gran movilidad. Se inició tratamiento con ivermectina, en la dosis de 12 gr. /día durante 2 días consecutivos y se suspendió la administración de TMP-SMZ y corticoides, continuando con los tuberculostáticos. El paciente evolucionó favorablemente, con evidente mejoría clínica. Un nuevo examen de esputo reveló la presencia de escasas larvas de Strongyloides stercoralis carentes de movilidad. 31/08/03: el paciente comienza nuevamente con vómitos y episodios de diarrea, disnea y la reaparición de los infiltrados intersticiales bilaterales en la radiografía de tórax. Se envía al laboratorio una nueva muestra de esputo la cual revela larvas de Strongyloides stercoralis con gran movilidad. Se reinicia el tratamiento antiparasitario con ivermectina, (12 mg/día x 2 días consecutivos). En vista de su buena evolución y estado general, y la negatividad de nuevos exámenes parasitológicos de materia fecal y esputo para investigar la presencia de larvas de Strongyloides stercoralis, el paciente recibió el alta hospitalaria el día 10/09/03. Exámenes complementarios: 21/08/03: parasitológico de materia fecal seriado: larvas rhabditoides y filariformes de Strongyloides stercoralis y quistes de Blastocystis hominis. 26/08/03: FEDA: gastroduodenopatía erosiva, duodenopatía. Se toma biopsia de la segunda porción del duodeno donde se observaron gran cantidad de larvas de Strongyloides en la mucosa. 28/08/03: recuento de linfocitos T CD4+ en sangre venosa periférica. 50 células/ μ L. 28/08/03: la determinación de anticuerpos anti-HTLV 1 y 2 resultaron negativas. 28/08/03: Tránsito del intestino delgado: No se observaron lesiones de falta de relleno. Resto del estudio sin particularidades. **Discusión:** La strongyloidiasis es una parasitosis provocada por un Nematode, el Strongyloides stercoralis, cuyas manifestaciones clínicas serán variables según la dosis infecciosa y el estado inmunológico del huésped. En los pacientes con SIDA, si bien la prevalencia de la infección no parece ser mayor que en los pacientes HIV negativos, las formas diseminadas de la misma parecen ser más comunes a la vez que revisiten extremada gravedad, llevando inclusive a la muerte de no mediar el tratamiento antiparasitario específico. La localización pulmonar de esta parasitosis puede, como ocurrió en nuestro caso, ser confundida con otros procesos infecciosos observables en estos pacientes con mayor frecuencia, entre ellos la neumocistosis, la tuberculosis, las micosis sistémicas, etc. La sospecha clínica debe ser corroborada en todos los casos mediante el estudio parasitológico de muestras de esputo. El diagnóstico etiológico se basa en la visualización de las larvas ya sea en estudios seriados o en fresco de materias fecales o eventualmente en muestras de esputo cuando existe compromiso pulmonar. En el tratamiento de la strongyloidiasis en los pacientes con SIDA pueden emplearse diferentes compuestos antiparasitarios sistémicos por vía oral: tiabendazol, albendazol o ivermectina, con los cuales se obtienen resultados favorables en porcentajes variables. Hasta la fecha, pasados 6 meses del último tratamiento antiparasitario, el paciente se ha mostrado libre de síntomas en los controles clínicos y los estudios parasitológicos de control postoperatorios fueron negativos. **Conclusión:** la strongyloidiasis diseminada no constituye una patología frecuente, pero debido a su clara asociación pronóstica con el estado inmunitario del paciente y métodos diagnósticos de fácil realización, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes VIH/SIDA con clínica y epidemiología compatible.

126. Reporte de cuatro pacientes con neumonía eosinofílica crónica. Gamba Adriana, Losanovsky Miryam, Mulinaris Eric.

Debido a que la neumonía eosinofílica crónica es una entidad de baja prevalencia (menos del 0,1 por 100.000 habitantes

por año en la distribución mundial) se consideró de interés comunicar nuestra experiencia con cuatro pacientes estudiados en el período 2001-2003. Se describe el caso de una paciente de sexo femenino cuyo caso clínico debutó con síndrome febril prolongado, astenia marcada, tos, broncoespasmo, y disnea progresiva de un mes de evolución, con falta de respuesta a varios tratamientos empíricos que incluyeron antibióticos de amplio espectro. Tenía antecedentes de rinitis alérgica y de atopía desde la infancia. Cursó con eritrosedimentación elevada, leucocitosis, y eosinofilia periférica en el rango de 57%. En la Tomografía Computada de tórax (TAC), se observaron infiltrados intersticioalveolares bilaterales a predominio basal. Estos infiltrados respetaban la periferia pulmonar constituyendo la llamada imagen en negativo del edema agudo de pulmón. Se le realizó una fibrobroncoscopia (FBC) diagnóstica con lavado broncoalveolar (BAL) que mostró marcada eosinofilia y una biopsia tranbronquial (BTB) compatible con neumonía eosinofílica crónica. Inició tratamiento con 1mg/kg/d de metilprednisona con respuesta clínica y radiológica dramática en 48 hs. Si comparamos nuestros hallazgos con los de la literatura observamos que todos nuestros casos se han presentado en mujeres, mientras que la literatura reporta sólo una frecuencia de 2:1 con prevalencia para este sexo. En cuanto a la presentación clínica el 100% de nuestras pacientes tuvieron fiebre (85% en la literatura). Tres de las cuatro pacientes tenían historia previa de atopía ó asma bronquial, lo cual representa un 75%, porcentaje similar a lo publicado. De los datos de laboratorio la eosinofilia entre 30-60% estuvo presente en el 100% de los casos (85% es lo descripto habitualmente). La eritrosedimentación acelerada se presentó en el 100% de nuestras pacientes. La típica imagen en negativo del edema agudo de pulmón estuvo presente en uno sólo de los cuatro casos, en los tres restantes se observaron infiltrados pulmonares bilaterales. De los cuatro casos tres fueron confirmados por biopsia pulmonar. Todas las pacientes respondieron clínica y radiológicamente al tratamiento con corticoides. Una de ellas presentó una recaída en el curso del descenso de los mismos a los seis meses de tratamiento. La presentación clínica y radiológica de nuestras pacientes es similar a la descripta en la literatura. La presentación de fiebre e infiltrados pulmonares en un paciente con antecedentes de atopía debe alertar al médico sobre la posibilidad de esta entidad.

127. Disfunción autonómica en la enfermedad de Parkinson: estudio cuantitativo de la secreción salival. Tumilasci O., Pazo J., Cersósimo M. G., Micheli F. E.

Programa de Parkinson y Movimientos Anormales. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: la sialorrea es un trastorno frecuente en la Enfermedad de Parkinson (EP). Trabajos experimentales sugieren que los ganglios basales participan en el control de diferentes funciones viscerales habiéndose reportado el efecto sialogogo de la dopamina. **Objetivo:** investigar el flujo y composición de la secreción salival en pacientes con EP y deterioro de fin de dosis durante los periodos ON y OFF. Comparar estos hallazgos con un grupo control. Pacientes y métodos: Se incluyeron 49 pacientes con EP, de ellos 23 fueron medicados con domperidona en dosis de 30 mg/d durante la semana previa al estudio a fin de boquear los receptores dopaminérgicos periféricos. Todos fueron evaluados con la subescala III de la UPDRS antes (Off) y después (On) de una dosis de levodopa. Se efectuó una sialometría en condiciones basales y luego de estimulación con ácido cítrico al 2% (secreción refleja). Se midieron valores de amilasa y electrolitos. También se estudió la secreción salival de 20 voluntarios sanos. El análisis estadístico se realizó con el Test de varianza (ANOVA) y las diferencias entre las medias se establecieron mediante el test post-hoc de Newman Keuls. **Resultados:** el flujo salival durante el período Off fue significativamente menor que en el período On ($p < 0.05$). La secreción salival basal en los pacientes con EP fue significativamente menor que en el grupo control ($p < 0.005$). El tratamiento con domperidona no bloqueó el aumento del flujo salival que siguió a la ingesta de levodopa. La concentración de amilasa, sodio y cloro fue mayor en los pacien-

tes con EP que en los controles. **Conclusiones:** 1) la EP está asociada a la presencia de hiposialorrea. 2) la administración oral de levodopa aumentó el flujo salival en todos los pacientes 3) El tratamiento con domperidona no modificó el efecto sialogogo de la levodopa sugiriendo que el mismo es mediado por un mecanismo central.

128. Efectos de la toxina botulínica tipo A en Neuralgia del Trigémino. Díaz Sergio Pedro, Piedimonte Fabián, Zúñiga Carlos, Micheli Federico.

Programa de Parkinson y Movimientos Anormales. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires.

La toxina botulínica ha sido evaluada como terapia potencial en síndromes dolorosos craneofaciales, tales como la cefalea tensional, la migraña, la cefalea crónica diaria, la cefalea cervicogénica y la cefalea en racimo, entre otras. Por esto, se evaluaron los efectos clínicos de la toxina botulínica tipo A, infiltrando a 12 pacientes con neuralgia idiopática del trigémino resistentes a tratamiento farmacológico y/o quirúrgico. Se utilizaron entre 20 y 50 U aplicadas en las zonas gatillo, así como en el músculo masetero en aquellos que presentaban compromiso de la rama mandibular. Los pacientes fueron evaluados semanalmente, utilizando la Escala Visual Analógica para dolor. Diez de los pacientes reportaron un beneficio importante posterior a las infiltraciones con toxina botulínica, con reducción e inclusive desaparición del dolor, permaneciendo libres de dolor por periodos de hasta 60 días. Estos hallazgos sugieren que la toxina botulínica puede representar una nueva herramienta terapéutica en el manejo de pacientes con neuralgia del trigémino.

129. Absceso cerebeloso por paracoccidioides brasiliensis. Benetucci A., Tirasbochi I., Christin M., Tosello C., Lasala M. B.

División Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La etiología de las masas cerebrales en la población general comprende causas infecciosas o no infecciosas, pero siempre se deben considerar los antecedentes epidemiológicos del paciente. Se presenta un caso en el que se comprueba esta afirmación. **Caso clínico:** Varón de 54 años, HIV negativo, proveniente de Oberá, Misiones, empresario del té, tabaquista. Tres meses antes presentó síndrome gripal con tos seca e infiltrado en lóbulo inferior derecho. Evolucionó con cefalea intensa, que no cedía con analgésicos, a lo cual se agregó dos meses después, trastornos en la marcha y el equilibrio. Al examen físico los únicos datos positivos fueron marcha atáxica y dismetría derecha. En la RMN de encéfalo se observó una lesión expansiva nodular de paredes irregulares que abarcaba el hemisferio cerebeloso derecho, con hipodensidad central, que reforzaba con el contraste intravenoso y provocaba compresión del IV ventrículo con hidrocefalia. Se realizó la exéresis de la lesión. La histología por congelación evidenció inflamación granulomatosa y en el examen en fresco se observaron levaduras correspondientes a *Paracoccidioides brasiliensis*. La serología por inmunodifusión para *P. brasiliensis* fue positiva. Inició tratamiento antifúngico con fluconazol 400 mg/día IV por 6 días y continuó con itraconazol 400 mg/día vía oral hasta completar 9 meses de tratamiento. La RNM de cerebro al 6to. mes no mostraba lesiones. **Comentarios:** En la Argentina la región afectada por paracoccidioidomycosis comprende las zonas subtropicales del norte argentino. La infección es inhalatoria. Desde pulmón se disemina y puede afectar mucosas, piel, ganglios, suprarrenales y SNC. El compromiso de este sistema puede manifestarse como meningoencefalitis o lesión pseudotumoral de cerebro. Las lesiones suelen ser aisladas, de difícil diagnóstico y su etiología es reconocida, generalmente, en el estudio del material quirúrgico. **Conclusión:** En los pacientes con masas cerebrales provenientes de áreas endémicas debe considerarse la paracoccidioidomycosis dentro de los diagnósticos diferenciales. Es de ayuda en el diagnóstico pre-quirúrgico la realización de

inmunodifusión para anticuerpos, la que habitualmente es positiva.

130. Correlación clínica, anatómica e imagenológica de la parálisis del nervio motor ocular común. Campero Alvaro, González Abbati Santiago, Socolovsky Mariano, Carrizo Antonio.

División Neurocirugía. Instituto de Neurociencias Aplicadas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: describir 5 casos documentados de parálisis completa del nervio motor ocular común como consecuencia de una lesión neuroquirúrgica. **Método:** las historias clínicas de los pacientes internados y operados en la División Neurocirugía del Hospital de Clínicas durante los últimos 3 años fueron estudiadas. Cinco cabezas de cadáveres adultos, fijadas con formol e inyectadas con silicona coloreada, fueron examinadas. Se realizó una correlación clínica, anatómica e imagenológica de 5 casos de parálisis completa del nervio motor ocular común. **Resultados:** de los 382 pacientes estudiados, 15 presentaron previo a la intervención quirúrgica una parálisis completa del nervio motor ocular común. Un paciente presentó un tumor (metástasis) a nivel mesencefálico, 6 pacientes presentaron cuadro de herniación uncal, un paciente presentó un aneurisma de la arteria cerebelosa superior, 3 pacientes presentaron un aneurisma de la arteria comunicante posterior, un paciente presentó un aneurisma de la arteria coroidea anterior, 2 pacientes presentaron un tumor de hipófisis y un paciente presentó un meningioma del seno cavernoso. Se presenta en este estudio la correlación clínica, anatómica e imagenológica de 5 pacientes. **Conclusión:** la correlación entre el cuadro clínico del paciente, los conocimientos anatómicos y los hallazgos en los estudios por imágenes es de suma importancia para el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

131. Experiencia de capacitación para la detección y asistencia solidaria de enfermedades relacionadas a movimientos anormales. Pecci Cristina, Micheli Federico, Zúñiga Carlos, Matsubara Juan Manuel, Cersósimo Graciela, Scorticati Clara, Juárez María Elena, Taubenslag Nora.

Programa de Parkinson y Movimientos Anormales (PPMA) del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

La mejora en la calidad de la prestación asistencial en el sistema público de salud, se relaciona con oportunidades de acceso a sistemas de formación médica de calidad científica y académica. En las zonas de menores recursos económicos y sociales también suele estar restringida, para médicos de atención primaria que viven y ejercen en ellas, la accesibilidad a prácticas de formación especializada, en distintos campos de la medicina. Como consecuencia la detección oportuna y eficaz de ciertas enfermedades de considerable prevalencia, puede verse perjudicada. Esto ocasiona gastos al sistema de salud; las personas que las padecen ven afectados sus derechos a la salud. **Objetivos:** a) implementar un Programa de capacitación en servicio especializado en la detección de enfermedades neurológicas relacionadas a movimientos anormales (e.n.ra.m.a.) dirigido a médicos de atención primaria de Centros de Salud y Hospitales del interior del país; b) contribuir a generar las bases de una red nacional de consulta, atención y derivación solidaria, que respalde la igualdad de oportunidades de acceso al diagnóstico y tratamiento de personas con bajos recursos económicos y sociales del interior del país. **Metodología:** 1) Presentación del Proyecto a posibles empresas financiadoras y establecimiento de un acuerdo para el pago de costos de traslado y alojamiento. 2) Difusión de la propuesta a las Asociaciones Profesionales del interior del país; 3) Identificación de profesionales del interior para cumplir con funciones de Tutor local; 4. Selección de candidatos para la capacitación. 4) Desarrollo del Programa de Capacitación en Servicio durante ocho días en el PPMA. 5) El médico se compro-

mete a devolver la capacitación recibida en créditos asistenciales gratuitos para población de bajos recursos de su localidad. **Resultados:** En el año 2003, trece médicos de 4 regiones del país participaron en la capacitación. Se creó una *Historia Clínica Solidaria* y una base de datos en EPI-Info para el registro y seguimiento de la evolución de los casos detectados bajo la supervisión desde el PPMA. Ya se están ingresando a la base la información de las primeras historias clínicas generadas por este sistema. **Conclusión:** Esta experiencia muestra que: a) el Hospital Universitario puede llevar adelante un Programa de Capacitación que extienda su influencia académica y científica al interior; b) puede colaborar en la creación y fortalecimiento de redes asistenciales de zonas de postergado desarrollo económico y social; c) puede colaborar en la ampliación de oportunidades de formación médica especializada para médicos de zonas desfavorecidas; d) puede favorecer una política de equidad en la prestación de servicios de salud para personas que, además de la enfermedad, sufren desventajas económico-sociales.

132. Distonías por mutación del gen DYT1: fenotipos inusuales. Micheli F., Scorticati M. C., Díaz S. P., Gatto E. M., Hernández M.*

Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Hospital de Clínicas. Córdoba.

Objetivo: Describir 3 pacientes DYT1 positivos, con fenotipo inusual. **Fundamento:** La delección del trinucleótido GAG en el gen DYT1 en el cromosoma 9q34 es una causa frecuente de distonía primaria. Dos características clínicas son muy constantes en las distonías por DYT1: el inicio de los síntomas antes de los 26 años y la afectación inicial de un miembro, constituyendo éstas la guía para la solicitud del test genético. **Paciente 1:** mujer de 68 años de edad, con diagnóstico de temblor esencial desde los 15 años, que a los 63 años notó incremento del temblor, y postura distónica en MII, inicialmente presente únicamente durante la marcha. En el examen neurológico objetivamos temblor de reposo, postural y de acción en miembros superiores y temblor de reposo en MII, asociado a postura distónica flexión e inversión del pie izquierdo. **Paciente 2:** mujer, diestra de 46 años, judía Ashkenazi que consulta por movimientos involuntarios en MSD y alteraciones de la marcha. A los 17 años comenzó con postura anormal en pie izquierdo caracterizada por inversión sostenida, que inicialmente aparecía sólo durante la marcha. Los síntomas distónicos permanecieron estables los años siguientes sin impedirle la deambulacion. A los 44 años los movimientos involuntarios se agravaron apareciendo con el reposo. **Paciente 3:** varón de 25 años de edad, que a los 20 años, luego de un esfuerzo comienza con postura anormal del tronco presente durante la marcha, caracterizada por exageración de la lordosis lumbar, que provocaba un compromiso severo de la marcha y de la postura en bipedestación. El cuadro distónico permaneció estable durante los últimos 5 años. **Conclusión:** Nuestros casos ilustran la heterogeneidad del fenotipo clínico de la mutación DYT1 que sugiere debe ser considerada en todos los casos de distonía primaria.

133. Ganglionopatías sensitivas no malignas. Picheto J. M., Díaz Livadiotis G., Finkielman S., Muchnik Salomón, De Aguirre M., Duarte J. M., Bertotti A.

Servicio de Neurofisiología Clínica. Sección de Enfermedades Neuromusculares. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Centro de Investigaciones Médicas "Dr. Lanari". Hospital Alemán.

Introducción: Las ganglionopatías sensitivas no malignas son un grupo de afecciones poco comunes que comprometen las células ganglionares de la raíz dorsal. Se la conoce también como neuronopatía sensitiva, ganglionitis o ganglioradiculitis. **Objetivos:** Describir los hallazgos clínicos y electrofisiológicos de 4 pacientes con sintomatología sensitiva atáxica no asociada a enfermedad maligna. **Pacientes:** Se estudiaron 4 mujeres (dos fumadoras) de 61, 63, 65 y 68 años quienes presentaron parestesias y disestesias de los cuatro miembros, con mayor afección de miem-

bros superiores, asociados a movimientos pseudoatetósicos de las manos, con déficit marcado de la propiocepción. Una de ellas presentaba parestias en cara asociada a queratoconjuntivitis seca. **Materiales y métodos:** Laboratorio, Imágenes, EMG con VCN motora y sensitiva, cuantificación de onda F, reflejos H y PESS de los 4 miembros. **Resultados:** En 2 de ellas todos los exámenes de laboratorio incluyendo anticuerpo anti Hu fueron negativos, en 1 de dos con Síndrome de Sjogren se observó aumento de anti Ro y anti -LA. En las 4 los estudios de la conducción motora fueron normales. En 2 se hallaron trazados EMG normales. En 2 las amplitudes de las respuestas sensitivas se hallaron reducidas encontrándose ausentes en la restantes. Los reflejos H se hallaron ausentes y los PESS anormales en todas. **Conclusión:** Estos tipos de pacientes deben ser controlados y reestudiados en forma periódica ya que la patología maligna puede aparecer varios años después de haber comenzado la sintomatología.

134. Esclerosis sistémica progresiva con compromiso muscular. Vanoli Guadalupe, Chaio Sebastián, Daniele Damián, Illutovich Santiago, Pequenara Juan.

Clinica Medica. División C6. Hospital Ramos Mejía. Argentina.

Objetivo: El motivo de este reporte radica en reconocer una forma de presentación infrecuente de una patología poco prevalente en nuestra población. Los objetivos son diagnosticar una patología con presentación clínica inusual, realizar diagnóstico diferenciales con patologías con cuadro clínico similar, valorar el grado de compromiso funcional órgano específico y posibilidades terapéuticas. **Diseño:** Reporte de un caso y revisión bibliográfica. **Presentación:** Paciente femenina, 38 años, consulta por presentar desde hace un mes engrosamiento y tumefacción de los dedos de ambas manos, con limitación en flexión, impotencia funcional y dolor a la movilización. Refiere envaramiento matinal de 1 hora de duración, dolor a la movilización de ambas cinturas, fenómeno de Raynaud bifásico desencadenado por frío. Presenta disnea de esfuerzo progresiva, clase funcional II-III al momento de la consulta. En el examen de laboratorio inicial se recibe, como datos positivos, CPK 6276, LDH 1371, orina con hemoglobinuria +++, proteinuria 0,8 gr/día y clearance de creatinina 64 ml/min., con examen fresco de orina sin particularidades. Se inician medidas generales y tratamiento inmunosupresor con prednisona a 1 mg/Kg./día; se agrega azatioprina 50 mg/día debido a la escasa respuesta con los dos primeros tratamientos instaurados. Presenta relativa buena respuesta con normalización de valores de CPK y LDH, pero con persistencia del compromiso respiratorio y renal. Con los diagnósticos presuntivos de Esclerosis Sistémica versus Síndrome de Superposición, se inicia estudio para colagenopatía, obteniéndose como positivos: Anticuerpos anti U1RNP +, AntiJo1, Scl-70+ Capilaroscopia con patrón SD pattern. Biopsia de piel: esclerosis de la dermis reticular asociada a neoformación de colágeno. Biopsia de músculo: miositis con infiltrado endomisial. IFI con presencia de IgG, IgM, C3. Tomografía de tórax de alta resolución: engrosamiento en el intersticio septal, mayor en regiones periféricas, con áreas quísticas con contenido aéreo. Funcional respiratorio: difusión de CO disminuida, sin desaturación de oxígeno durante el esfuerzo. Componente restrictivo parenquimatoso pulmonar y muscular. Fibrocolonoscopia: en todo el trayecto de la mucosa, presenta numerosas lesiones de aspecto aftoide en diana y maculares. Fibroendoscopia alta y seriada esofágica: sin particularidades. Se realiza screening para síndromes paraneoplásicos descartándose patologías malignas. **Discusión:** los diagnósticos diferenciales que se presentaron fueron esclerosis sistémica progresiva con compromiso muscular, enfermedad mixta del tejido conectivo y escleromiositis. Clásicamente los pacientes con anticuerpos Anti RNP eran interpretados como enfermedad mixta del tejido conectivo, pero también se puede encontrar en los solapamientos. El caso presentado tiene además Scl 70, lo cual tiene una alta especificidad para esclerodermia. En la bibliografía publicada se encuentra que existen casos reportados que quedan sin encasillar dentro de las categorías conocidas de patologías reumatológicas. En nuestro caso nos inclinamos por el diag-

nostico del síndrome de solapamiento de esclerosis sistémica progresiva con compromiso miopático, ya que no reúne criterios para enfermedad mixta y el diagnóstico de esclerodermia se ve excedido por la presentación clínica de la paciente. Se ha reportado un 30% de falta de respuesta al tratamiento con corticoide. En estos casos la combinación con azatioprina parece tener un efecto favorable, pero sin cambiar pronóstico a largo plazo.

135. Foco motor y fiebre. Presentación de un caso clínico. Cremona Alberto², Bártoli Florencia³, Dubarry Sadi¹, de la Serna Mariano³, Espinosa Pablo³ Scaglia Augusto³.

¹Servicio de Clínica Médica. ²Sección Infectología. ³Residencia de Clínica Médica. Hospital Italiano de La Plata. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Presentar un caso de EI con compromiso bivalvular en el cual basándose en el status clínico del paciente se logra curación con involución de las vegetaciones. Se intenta ponderar el criterio clínico sobre la indicación quirúrgica como así también la posibilidad de curación con aparente restitución ad-integrum de la anatomía valvular. **Resumen:** Paciente varón de 61 años, tabaquista de 20 cig/día que se desempeña como oficinista y concurre a la consulta por presentar cuadro de tipo febril (T° axilar 38° C). Es medicado con AINES permaneciendo febril durante 5 días, al cabo de los cuales se realiza Rx Tórax y se inicia a modo empírico tratamiento con Cefalexina 500 mg c/6 hs. (VO). Disminuye la fiebre al 3° día de tratamiento ATB. Al 2° día de finalizado el ciclo ATB reaparece la fiebre y al 4° día manifiesta hemiparesia facio-braquiocrural derecha y afasia; en ese momento es derivado a nuestro hospital iniciándose la investigación pertinente orientada hacia una posible EI con embolización. Se solicitan estudios complementarios de rutina, Ecocardiograma transesofágico, TC de encéfalo. El Ecocardiograma muestra vegetación de 0,5 x 0,5 cm en cara auricular de valva anteroseptal mitral. TC encéfalo muestra lesiones isquémicas en núcleos de la base y región corticotemporal izquierda. Hemocultivos 2/2 (+) *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina/gentamicina. El paciente responde al tratamiento lográndose el alta institucional a los 30 días de su ingreso sin tratamiento ATB. Luego de 10 días del alta el paciente ingresa por Sme. febril, se solicitan estudios complementarios de rutina y hemocultivos. La Rx de Tórax muestra consolidación en hemitorax derecho, se indica amoxicilina/sulbactam. Se realiza Ecocardiograma de control que informa vegetación de 0,85 x 0,90 cm en valva mitral y nueva vegetación en válvula aórtica de 1,26 x 1,13 cm que protruye hacia el tracto de salida de VI. Se inicia nuevamente tratamiento ATB con ampicilina/sulbactam. El paciente es dado de alta institucional al 7° día. A los 45 días del último alta el paciente se encontraba en buen estado general aun con foco motor. Se cita para realización de ecocardiograma control que demuestra la ausencia de vegetaciones con funcionamiento valvular normal. **Conclusión:** Dado el contexto del cuadro clínico y su evolución se ponderó el tratamiento conservador sobre la posible indicación quirúrgica. La decisión del tratamiento invasivo debe plantearse de acuerdo a la presentación del paciente y no ser tomada temerariamente, si es que la evolución del cuadro así lo permite.

136. Hidrotorax hepático y miocardiopatía hipertrófica apical. ¹Silveyra M. D., ¹Gold M., ¹Contardo D., ¹Ber M., ³Cabrejas R., ¹di Fonzo H.

¹Departamento de Medicina Interna. ³Departamento de Medicina Nuclear. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: El hidrotórax hepático es un derrame pleural que se desarrolla en pacientes con cirrosis hepática, en ausencia de enfermedad cardiopulmonar y como consecuencia del pasaje de líquido ascítico al espacio pleural a través de defectos del diafragma. Esta complicación aparece en el 6% de los pacientes cirróticos y es mucho más frecuente en el espacio pleural derecho (85% de los casos). La miocardiopatía hipertrófica (MCH) apical, representa una variedad de MCH de muy baja frecuencia, llamada también miocardiopatía japonesa por su mayor incidencia en personas de

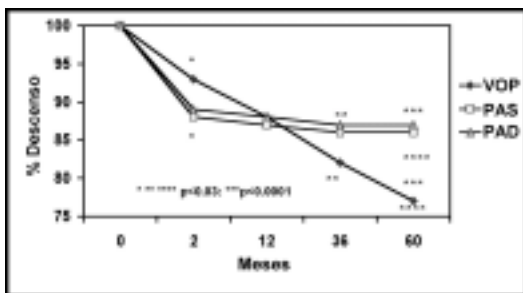
ese origen. Consiste en el engrosamiento de causa desconocida del miocardio confinado al ápex ventricular y se asocia con buen pronóstico. **Caso clínico:** presentamos el caso de una mujer de 68 años con antecedentes de derrame pleural izquierdo recidivante desde hace cuatro años, y diagnóstico de cirrosis hepática criptogénica hace dos meses. Ingresó por disnea en reposo, edema de miembros inferiores y aumento del perímetro abdominal. Examen físico: edema 3/6 en miembros inferiores, semiología de derrame pleural izquierdo y ascitis. Radiografía de tórax: velamiento de hemitorax izquierdo hasta campo medio. Líquido pleural: LDH: 84 UI/l, (LDH liq/ plasma: 0.1); Proteínas: 0.7 g/dl (prot. liq/ plasma: 0.12), glucosa 102 mg/dl. Líquido ascítico: proteínas: < 0.5, albúmina: no dosable (albúmina sérica: 2.45g/dl). Ecocardiograma doppler: severo engrosamiento de las paredes del VI en los segmentos apical y medio ventricular compatible con miocardiopatía hipertrófica apical. La Resonancia Nuclear Magnética confirmó este diagnóstico y evidenció función sistólica del VI conservada. Se realizó estudio mediante inyección de radiofármaco DTPA ^{99m}Tc en cavidad peritoneal y se constató el pasaje de dicho reactivo a la cavidad pleural izquierda. Los diagnósticos que se establecieron fueron: miocardiopatía hipertrófica apical e hidrotórax hepático en una paciente con cirrosis hepática. Se presenta el caso por la baja frecuencia de estas dos entidades, cuya asociación no ha sido comunicada en la literatura.

137. Mejoría continua de la distensibilidad arterial más allá del descenso de la presión arterial luego del tercer año de tratamiento antihipertensivo.

Vázquez S. T., Iavicoli O. R., Piñeiro D. J., Rusak E. J., Sanz A. P., Pittaluga E. L., Lerman J., Bellido C. A.

División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Argentina.

La velocidad de la onda del pulso (VOP) es un marcador confiable de la distensibilidad arterial. La rigidez de las arterias grandes y elásticas conduce a una más rápida propagación de la onda del pulso. Los estudios respecto de los efectos a largo plazo del tratamiento antihipertensivo sobre la VOP son escasos. El propósito de este estudio fue evaluar los cambios a largo plazo en la distensibilidad arterial debidos a la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), y sus relaciones con el descenso de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD). Medimos la VOP (COMPLIOR®), la PAS y PAD basales y durante 60 meses en 55 pacientes hipertensos sin tratamiento previo (17 hombres y 38 mujeres, edad promedio de 53.3 ± 9.6 años, rango de 38-73 años al inicio). Todos los pacientes recibieron dosis habituales de inhibidores de la enzima convertidora (IECA) o agentes bloqueantes del receptor de la angiotensina para controlar su presión arterial. El control de los pacientes se realizó durante 60 meses. El análisis estadístico fue realizado por medio de ANOVA con $\alpha=0.05$. La presión arterial sistólica y diastólica descendieron durante el primer año sin cambios significativos posteriores. La VOP mostró un descenso continuo y significativo durante todo el período de seguimiento, pero este fue más evidente que el de la PAS y PAD a partir del tercer año ($p<0.0001$ para PAS y $p<0.03$ para PAD). El tratamiento anti-hipertensivo con agentes bloqueadores del SRAA resulta en un descenso de la VOP que es independiente de sus efectos sobre la presión arterial luego del tercer año. Esta observación puede estar relacionada con cambios en el remodelado arterial debido a la inhibición del SRAA.



138. Paro auricular persistente. Repetto Horacio, Reinos Jorge, Demozzi Angel, Degrange Gregorio, Nobilia Nicolás.

Servicio de Cardiología. Hospital Naval "Pedro Mallo". Buenos Aires.

Introducción: El paro auricular persistente es una rara entidad clínica caracterizada por la ausencia de actividad mecánica y eléctrica auricular de más de un año de evolución. Puede ser total o parcial y su etiología difiere según sea permanente o transitorio. Las causas de paro auricular transitorio son: soluciones cardioplégicas en la cirugía cardíaca, quinidina, intoxicación digitalica, hiperpotasemia, isquémicas, etc. En el paro auricular permanente se destacan la enfermedad reumática, las enfermedades miopáticas familiares y la miocarditis crónica. Para su diagnóstico se requiere de: 1) ausencia de onda P en los electrocardiogramas de superficie y endocavitario. 2) ausencia de onda A en el pulso yugular y en los trazados de presión auricular derecha. 3) complejos QRS tipo supraventriculares. 4) inmovilidad auricular en la fluoroscopia. 5) incapacidad de estimulación eléctrica auricular. 6) ausencia de la onda A en el flujo de llenado mitral en el doppler cardíaco. El pronóstico depende de la enfermedad de base y de la existencia o no de sintomatología. **Caso clínico:** Se trata de un joven de 21 años con antecedente de síndrome febril prolongado sin lesiones articulares ni neurológicas a los 14 años, leve aumento de la silueta cardíaca en la radiografía de tórax, ritmo nodal en el ECG con FC de 42 por minuto, varios registros de taquicardia nodal con imagen de BCRD más HBAI. Se realiza estudio electrofisiológico con mapeo y estimulación de la aurícula en sus paredes lateral, septum, orejuela y vecindad del anillo tricúspideo sin obtener registros de actividad eléctrica, tampoco se logra estimulación retrograda desde el ventrículo derecho. Ante la persistencia de paro auricular sintomático por mareos se decide la colocación de marcapasos definitivo modo VVIR más anticoagulación oral para prevenir cardioembolias, conducta controvertida según algunos autores. Evoluciona durante siete años en forma satisfactoria, al cabo del cual (con la anticoagulación suspendida) presenta una embolia cerebral en el territorio silviano izquierdo de la cual se recupera con secuelas leves. **Conclusiones:** Se presenta el caso por sus características particulares, baja frecuencia y evolución, que refuerza la necesidad de prevención con anticoagulación.

139. Prevalencia y determinantes de pautas alimentarias inadecuadas en una muestra urbana de población adulta argentina. Campaña de detección de hipertensión arterial. Y otros factores de riesgo del Hospital de Clínicas. Garrido Delia, Cossalter Rodolfo, Barucca Nanci, Furst Natalia, García Navarro María J., Romano Laura, Chavin Hugo, de los Santos Antonio R., Feldstein Carlos A.

Programa Hipertensión Arterial. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Buenos Aires. Argentina.

Desde mayo a diciembre 2003 se efectuó una encuesta sobre pautas alimentarias (PAI) a la población atendida en el Hospital, evaluándose: 1.- prevalencia de incumplimiento en pacientes con hipertensión arterial (HTs), diabéticos tipo 2 (DBT) y en hipercolesterolémicos (HC), con y sin tratamiento; 2.- prevalencia de falsa percepción de cumplimiento y, 3.- de distribución de frecuencias de alimentos transgredidos en cada uno de esos factores de riesgo. Diseño: transversal. Todos los participantes contestaron un cuestionario estructurado comprendiendo información sobre aspectos clínicos, comportamiento, demográficos y sociales, conciencia, conocimiento y percepción de esos factores de riesgo. Los Odds ratios y los intervalos de confianza (CI) 95 % fueron computados por regresión logística. Incluyó 1243 personas (398 varones, edad 64,9 ± DS14,5, 845 mujeres, edad 64,2 ± 14,1 años). Hubo 806 HTs y 442 normotensos (edad 67,2±11,8 vs 59,2±16,6 años, índice masa corporal -IMC- 27,3±4,8 vs 25,8±4,4 kg/m², ambos $P<0,001$). El 87,9% de los HTs que creyeron cumplir con la dieta para HTA, no lo hicieron. Los HTs bajo tratamiento farmacológico

tuvieron más porcentaje de incumplimiento de PAI que los no medicados (90,50 % vs 82,60 %, $P < 0,01$). Entre los HTs, aquellos que no recibían tratamiento farmacológico y, los que practicaban algún deporte tuvieron 2,11 y 1,63 más chances, respectivamente de cumplir con las PAI que los que recibían medicación antihipertensiva, y aquellos de vida sedentaria. Los DBT (12,47 %) tuvieron más edad y mayor IMC que los no DBT ($68,2 \pm 10,5$ vs. $63,7 \pm 14,7$ años; $IMC 28 \pm 4,5$ vs $26,6 \pm 4,7$ kg/m^2 , para ambos, $P < 0,001$). El 73,7% de los DBT tuvo falsa percepción de cumplir con las PAI. No hubo diferencias entre DBT que tomaban medicación con los que no lo hacían en el cumplimiento de la dieta. El 67,01 % relató hipercolesterolemia (HC); su edad promedio fue mayor que la de no HC ($67,1 \pm 11,2$ vs $63 \pm 15,3$ años, $P < 0,001$). El 79,8% de las HCs que creían cumplir con las PAI correspondientes, no lo hacían. Fue menor el cumplimiento de las PAI en HCs bajo tratamiento hipolipidizante que en los no medicados ($P < 0,03$). La regresión logística mostró que en HCs, los mayores de 68 años tuvieron 1,91 más chances de cumplir con la dieta correspondiente que los menores de 68 años. **Conclusión:** nuestros resultados sugieren la necesidad de efectuar más enérgica intervención educativa con mensajes dirigidos a la nutrición y estilo de vida, en el desarrollo de estrategias más eficaces de prevención de factores de riesgo y promoción de la salud.

140. Salvataje de miembro inferior mediante revascularización distal utilizando vena safena homóloga proveniente de donante cadavérico. Norese Mariano, Parodi Martín, Shinzato Sergio, Gural Oscar, Ferreyra Fernández Sergio, Heredia Nicolás, Damonte Marcelo, La Mura Ricardo.

División Cirugía Vascul. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Comunicar la metodología y resultados preliminares del empleo de vena safena homóloga conservada sin criopreservación utilizando la metodología de preservación empleada en trasplante de órganos. **Metodología:** Se efectuó revascularización infraarticular a las arterias distales: tibial posterior, peronea y plantar en 3 pacientes que se encontraban en situación de salvataje del miembro inferior y carecían de conducto autólogo adecuado (junio 2002, julio y septiembre de 2003). El conducto elegido fue vena safena interna proveniente de donantes cadavéricos extraídas entre 6 a 12 horas previas a la realización del bypass. Se preservaron y transportaron con solución de Eurocolins a 4 °C empleando la misma metodología de trasplante renal. El donante y la donación fueron coordinados por el INCUCAI, previa inscripción de los receptores en lista de trasplantes. La obtención de las venas provino de ablación multiorgánica y la compatibilidad donante-receptor empleada fue ABO. Se utilizó técnica standard de bypass con vena safena interna invertida y se realizó dentro de las 12 horas. El seguimiento y vigilancia se hizo con eco-doppler. No se utilizó inmunosupresión. **Resultados:** Se logró salvataje y recuperación funcional del miembro con desaparición de dolor de reposo en todos los casos operados. Curación de lesiones tróficas en 2 de los 3 casos. La permeabilidad primaria fue 2, 9 y 17 meses. Morbilidad: un caso de shock cardiogénico en el postoperatorio inmediato con recuperación total. Mortalidad: 1 caso de infarto agudo de miocardio al año y medio de operado. **Conclusiones:** Los procedimientos de salvataje están siempre limitados a la calidad del material utilizado, los homoinjertos son una opción más entre el conjunto de las técnicas de revascularización para curar lesiones isquémicas y prevenir la pérdida del miembro. Si bien los resultados de permeabilidad no concuerdan con la mayoría de las publicaciones sobre injertos, debemos realizar un mayor número de casos y tener un seguimiento más prolongado, es el objetivo de esta presentación comunicar los resultados preliminares de esta antigua idea de utilizar vena homóloga fresca a la cual se le ha adaptado la metodología de conservación y transporte de trasplante renal. A pesar de que el método esta supeditado a la obtención de un donante apto, es una alternativa a utilizar en los casos de salvataje, más económica que la vena criopreservada.

141. Síndrome de taquicardia ortostática postural en una paciente con esclerodermia limitada. Romano E., Contardo F., Dacunha J. M., de Morra I., Loza S., Melero M., Mazzei J. A.

Primera Cátedra de Medicina. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Objetivo: presentar un caso de Síndrome de taquicardia ortostática postural (**STOP**) en una enferma con síndrome de Raynaud mutilante por esclerodermia limitada. **Caso clínico:** una mujer de 42 años portadora de una forma limitada de esclerodermia consultó por un síndrome de Raynaud mutilante. Al examen físico: impresionaba crónicamente enferma, lúcida, temperatura axilar 36,5° C, tensión arterial 140/90 mmHg, pulso radial 88 latidos por minuto, regular e igual, frecuencia respiratoria: 16 por minuto, tipo costal superior. Hiperpigmentación cutánea generalizada y facies de luna llena. Cianosis distal en los dedos de ambas manos y pies. La tercera falange del 5to.dedo de ambas manos estaba necrosada. Se auscultaban rales tipo velcro en ambas bases pulmonares. Laboratorio: exámenes de rutina normales. Saturación de oxígeno respirando aire de 93 %, FAN positivo moteado discreto, anti centrómero positivo título 1>1:640. anticuerpo anti DNA negativo, Rose Ragan negativo, ANCA C negativo, anticuerpo anti RNP positivo débil, anticuerpo anti Esclero 70 negativo, anticuerpos anti Ro y La negativos, anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas negativos. Complemento total, C3 y C4 dentro de límites normales. Crioglobulinas: negativas. Rx de tórax: opacidades reticulonodulillares en campo inferior derecho y hasta campo medio izquierdo. Arco medio prominente y convexo. ECG: ritmo sinusal, FC 90 por minuto, sobrecarga auricular derecha, sin otras alteraciones. La paciente presenta durante su internación taquicardia ortostática que resulta refractaria al tratamiento. Se efectuó el examen cardiológico mediante prueba de la camilla basculante que demostró un aumento desproporcionado de la frecuencia cardíaca como alteración en la respuesta autonómica cardiovascular, que permitieron evidenciar el **STOP**. **Conclusión:** el **STOP** es una forma clínica de disautonomía cardiovascular de reciente conocimiento y se caracteriza por mareos y disconfort general y una elevación de la frecuencia cardíaca > a 120 latidos por minuto ó un ascenso > a 30 latidos por minuto de la frecuencia cardíaca basal con la bipedestación. Plantea el diagnóstico diferencial con los Síndromes de taquicardia sinusal inapropiada y el de fatiga crónica. En su evolución los pacientes pueden desarrollar alteraciones cardiovasculares de tipo autonómico. Debe ser un diagnóstico a tener en cuenta en aquellos enfermos con una marcada alteración de la respuesta cronotrópica al cambio postural.

142. Tratamiento de la disección aórtica tipo B con endoprotesis. Ferreira Luis Mariano, Fernández Samuel, La Mura Ricardo, Parodi Juan Carlos.

Instituto FLENI. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: En pacientes portadores de disecciones aórticas tipo B agudas complicadas o crónicas, con dilatación ulterior o compromiso visceral, la morbimortalidad relacionada con el tratamiento quirúrgico convencional está claramente definido. La necesidad de realizar un procedimiento mínimamente invasivo en el contexto de una patología crítica llevó a la utilización de la endoprotesis para sellar el flap de disección. El objetivo es analizar la forma de reparación de la disección tipo B y evaluar las ventajas del tratamiento endoluminal. **Metodología:** Se presentan tres casos realizados desde octubre de 2003 a mayo de 2004: 1) Paciente de 72 años, HTA, DLP. Consulta por paresia de miembro inferior izquierdo y disección aguda de la aorta torácica. 2) Paciente de 51 años, con obesidad mórbida. Insuficiencia renal en hemodiálisis trisemanal. Trasplante contraindicado por disección aórtica de un año de evolución. 3) Paciente de 65 años, HTA, obesidad. Ingresa con ACV isquémico, insuficiencia renal aguda e isquemia aguda en miembro inferior izquierdo. Todos los casos se realizaron con anestesia local, neuroleptoanalgesia, disección de arteria femoral derecha y drenaje de LCR para protección medular. En todos los casos se selló el orificio proximal

de entrada de la disección con endoprótesis torácica, teniendo los tres pacientes evolución favorable. En un caso fue necesario realizar también una angioplastia renal con stent. **Discusión:** la reparación quirúrgica de la disección tipo B, se lleva a cabo mediante clampeo aórtico, bomba extracorpórea, by pass o reimplante de arterias viscerales, siempre con el riesgo inherente de isquemia medular, isquemia renal o intestinal y coagulopatía. En el caso del abordaje endoluminal, sin clampeo, se ocluye el orificio de entrada a la disección logrando la descompresión de la falsa luz, apertura de la luz verdadera mejorando inclusive la perfusión visceral. En algunos casos es necesario igualmente realizar algún procedimiento endovascular para asegurar la perfusión de alguna viscera. **Conclusión:** con un método mínimamente invasivo y con menor prevalencia de complicaciones consideramos al tratamiento endoluminal de las disecciones aórticas tipo B un procedimiento factible y seguro.

143. Metástasis séptica en columna dorsal. A propósito de un caso. Gonzáles Estevarena Luis, Tettamanti Ernesto, Uruñuela Griselda, Berruet Esteban, Pereyra Ricardo, Queti Felipe Nicolás.

Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente. Hospital Municipal "Manuel B. Cabrera". Coronel Pringles. Buenos Aires. Argentina.

Paciente de 73 años de edad, sexo masculino que ingresa al hospital por una úlcera en tobillo izquierdo, con celulitis de la pierna. Antecedentes relacionados: Fractura expuesta de tobillo hace 10 años, que fue tratada con clavo placa. Antecedentes Patológicos: Hipertensión arterial y anemia megaloblástica. En el transcurso del segundo día de internación el paciente presenta cuadro escalofríos y fiebre de 39°C, había sido hemocultivado y se había obtenido una muestra para cultivo de la lesión cutánea, previo a comenzar con antibióticos por su celulitis. A las cinco horas del pico febril comienza con paraparesia flácida, acompañado de disfunción esfinteriana y constatándose nivel sensitivo a nivel de D VII-VIII. En la RNM de columna dorsal se constata una colección purulenta, con compromiso medular. Es intervenido quirúrgicamente por el servicio de neurocirugía, drenándose un absceso que comprometía la médula espinal y varios cuerpos vertebrales. En el cultivo del material extraído se evidencia un *Estrptococo Viridans* que también fue hallado en el cultivo de la úlcera. **Conclusiones:** El riesgo potencial en todo paciente con un foco infeccioso de realizar una metástasis infecciosa en una estructura predispuesta, como hecho poco frecuente, pero si probable.

144. Brote de candida albicans en Neonatología. Tiraboschi I*, Carnovale S*, Benetucci A*, Bogdanowicz E.*, Fernández N*, Kurlat I**, Foccoli M*, Lasala M*.

**División Infectología. **División Neonatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín" y #Centro de Micología. Facultad de Medicina. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

Introducción: La recuperación de *C. albicans* en 2 hemocultivos de 2 pacientes desde el 28 de julio al 6 de agosto de 2003 obligó a la investigación de brote, dado que la incidencia de candidemia en neonatología en el período 1998-2002, había sido de 2-3 casos/año, **Pacientes, materiales y métodos:** Descripción del brote: Caso 1. 29/07/03: *C. albicans* en el hemocultivos. (Caso Índice). Caso 2. 01/08/03: *C. albicans* en la punta de catéter. Caso 3. 06/08/03: *C. albicans* en hemocultivos. Caso primario. 20/07/03: *C. albicans* en los restos ovulares de la madre del caso 1. Búsqueda de la colonización/ infección: El 25/08/03 se realizaron 80 hisopados: 58 en las manos del personal; cuna del caso 3, madre del caso 1 (boca, ingre y flujo vaginal) y boca e ingre de los 9 neonatos internados. Cada hisopo se sembró en Chromagar Candida® y SDA. Las levaduras identificadas como *C. albicans* fueron estudiadas por RAPD y RFLP. Otras levaduras desarrolladas fueron registradas como no *C. albicans*. **Resultados:** Se recuperó *C. albicans* en 2 neonatos (boca e ingre en uno e ingre en el otro) y boca de la madre del caso 1. No se recuperó

C. albicans en las manos del personal (en 9 se cultivó no *C. albicans*). El estudio por RAPD y RFLP de *C. albicans* de los restos ovulares, hemocultivos de caso 1 y 3, punta de catéter de caso 2 mostró que eran genotípicamente idénticas. Los aislamientos de *C. albicans* idénticas permitió suponer la transmisión horizontal a partir del caso 1, quien había adquirido *C. albicans* por transmisión vertical. **Conclusiones:** La recuperación de *C. albicans* en un tiempo corto, aunque los pacientes tengan factores de riesgo que justifiquen una infección candidiásica, debe hacer sospechar la posibilidad de la transmisión horizontal y señala la importancia de la adherencia a las precauciones estándares.

145. Cerebelitis aguda por Epstein Baar. Giuliano Carla, Lutz Bosio Gustavo, Fischman Laura, Wiedeman Hugo, Greppi Carolina, Pisarevsky Andrea, Ujeda Carlos.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Durand. Argentina.

Introducción. La cerebelitis se define como la inflamación aguda o crónica del cerebelo. Se presenta como un síndrome cerebeloso manifestado por ataxia, dismetría, alteraciones en la marcha y el lenguaje. Dentro de las causas más frecuentes se encuentran las infecciones de origen bacteriano, viral y las asociadas a la administración de vacunas. La infección por el virus de Epstein Barr tiene distribución mundial, es más habitual en la primera infancia y adolescencia siendo infrecuentes sus complicaciones neurológicas. Cuando compromete el SNC suele manifestarse como meningitis, encefalitis o cerebelitis. **Caso clínico.** Mujer de 48 años con antecedentes personales de tabaquismo (30 pack years) y tuberculosis pulmonar en 1998 con tratamiento completo. Ingres a Clínica Médica por inestabilidad en la marcha, disartria, dismetría, con palabra escandida asociado a astenia y adinamia. Regular estado general. Hematomas múltiples en miembros inferiores. Lúcida, fuerza muscular, sensibilidad superficial y profunda conservadas, hiporreflexia generalizada. Disartria, disimetría bilateral en los 4 miembros, marcha atáxica, nistagmus horizontal con fase rápida a la izquierda. Laboratorio en sangre no mostró alteraciones. Punción lumbar Citológico: 1 GB, glucosa 56 (glucemia 69) Proteinorraquia 0,27. Cultivos (-). *Estudios realizados:* Serologías: HIV, HVA, HVB, HVC (-). VDRL: no reactiva. IgM neg, Ig G CMV: 176 UA/ml IgM e Ig G Toxoplasmosis (-) neg HTLV I y II (-)EBV VCA: Ig G 246 UA/ml. Ig M: positiva. *TAC de cerebro* sin contraste no muestra alteraciones. *RMN cerebral con y sin gadolinio:* acentuados cambios de señal en la corteza cerebelosa de distribución bilateral y simétrica, consistentes en hiperintensidad en T2 y FLAIR. Inicia tratamiento con dexametasona iv mostrando una progresiva y lenta mejoría del cuadro. *La RMN a los 20 días* muestra hiperintensidad en T2 y FLAIR en la corteza cerebelosa de los sectores dorsales y laterales en ambos hemisferios. Retracción cerebelosa difusa con aumento del IV ventrículo y de los espacios subaracnoideos. **Conclusiones:** Comunicamos este caso por tratarse de un patología infrecuente, de evolución generalmente benigna y de presentación inusual en la edad adulta. Los hallazgos en la RMN cerebral ayudan a definir el diagnóstico.

146. Cistitis por citomegalovirus y SIDA. Díaz Aguiar Pablo, González Alejandra, Bonfanti Miriam, Racca María Lourdes, Villaverde Marcelo.

Hospital Alejandro Posadas. Buenos Aires. Argentina.

Paciente de 62 años, diabética insulino dependiente y etilista, con serología positiva para hepatitis C y VIH sin enfermedades marcadoras, múltiples episodios de infección urinaria por *Escherichia Coli*. Se interna por hematuria intensa, anemia severa, descompensación hemodinámica e insuficiencia renal. Se realiza ecografía renal y vesical normal. Citología de orina: oncológicamente negativo. Cultivo para Koch negativo. Citoscopia: lesión erosiva en piso de vejiga probablemente por traumatismo, estudio incompleto por gran cantidad de coágulos. Mejora, se otorga el alta, pero no completa estudios en forma ambulatoria. Se interna nuevamente por neumonía bacteriana, infección urinaria por *Escherichia Coli*, hematuria macroscópica, anemia marcada,

leucopenia, plaquetopenia, colestasis intrahepática e insuficiencia renal. Recibe tratamiento, mejora y es externada. Al mes reingresa en mal estado general, con insuficiencia renal, insuficiencia hepática, pancitopenia, alteración del sensorio y sepsis por foco urinario. Evolucionó en forma tórpida y fallece. Se realiza autopsia que informa entre otros hallazgos, múltiples abscesos renales y una cistitis crónica erosiva con inclusiones citoplasmáticas de citomegalovirus (CMV). La infección por CMV en VIH es marcador de SIDA y causa principalmente retinitis, compromiso neurológico y enfermedad gastrointestinal. La cistitis por CMV, también es un marcador de SIDA, es un hallazgo infrecuente, encontrándose escasos reportes en la literatura. Debe ser considerada en los pacientes con hematuria persistente e inexplicable. Creemos interesante el caso por la infrecuencia en su presentación y la necesidad de sospecharlo dentro de las etiologías de infecciones urinarias en los pacientes con VIH.

147. Criptococosis pulmonar fulminante en paciente inmunocomprometida. Cintora F., Martínez del Sel J., Pisarevsky A., Petrucci E.

VI Cátedra de Medicina. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: La criptococosis pulmonar es una entidad poco frecuente, asociada a alta morbimortalidad en pacientes inmunosuprimidos. Diversos reportes han revisado esta patología en pacientes HIV-positivos, pero hay poca experiencia en otros estados de inmunosupresión. Recientemente se ha identificado a las neoplasias hematológicas como el grupo con mayor riesgo de diseminación sistémica y mortalidad entre los pacientes HIV-negativos. **Caso Clínico:** Mujer de 84 años, oriunda y residente en Capital Federal, con antecedentes de arritmia no filiada, HTA, extabaquista leve, Síndrome Mielodisplásico (AREBT) de un año de evolución, candidiasis bucal. Tratamiento: amiodarona 200mg, enalapril 5mg, metilprednisolona 40mg, danazol 200mg. No recibió tratamiento profiláctico con isoniazida ni vacunaciones. Ingresó a Clínica Médica por disnea progresiva hasta CF IV de 15 días de evolución. *Examen físico de ingreso:* Lúcida. Hábito Cushingoide. TA=110/60 F=30 Fc=100 T=36,4°C Sat(0,21)=80%. Respiración toracoabdominal. Rales crepitantes bisales a predominio derecho. Incurtación yugular difícil evaluación. 2 R en 4 focos. Silencios libres. Edemas en MMII 3-6. Petequias en los cuatro miembros y abdomen. *Laboratorio:* Hto=23% GB=6300 Pla=19000 Glucemia=108 Urea=88 Cr=1,1 Ionograma=129/3,3 BT=1,3/D=0,7 GOT=44 GPT=39 FAL=140 GGT=76 CPK=17 LDH=1274. EAB(0,21)=7,56/20,9/55/19/- 2/83% EAB(0,28%)=7,51/27,6/132,4/21,8/0,8/96,2%. *Rx de tórax:* infiltrado intersticial bilateral. *TAC de tórax:* múltiples infiltrados difusos a predominio central. *Evolución:* se comienza tratamiento con balance negativo, mostrando mejoría parcial y se toman cultivos (HMCx2, urocultivo) con conducta inicial expectante. A las 24 hs presenta dificultad respiratoria y se decide agregar tratamiento antibiótico (ceftriaxona+claritromicina+TMP-SMX). Evoluciona con desaturación, a pesar de la oxigenoterapia, requiriendo asistencia respiratoria mecánica y drogas inotrópicas. Se inicia pulsos de metilprednisolona 1 g/iv/d. Evoluciona con hipoxemia refractaria y altos requerimientos de inotrópicos. La paciente fallece a las 48hs. Se toma muestra de tejido pulmonar postmortem. Las tinciones con Grocott y PAS arrojaron el diagnóstico anatomopatológico de *criptococosis*. **Conclusión:** La insuficiencia respiratoria puede desarrollarse en un 1/3 de los pacientes no-inmunocompetentes, HIV-negativos, con criptococosis pulmonar. Teniendo en cuenta la alta mortalidad del cuadro, una sospecha clínica sagaz se requiere, sobretodo, en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor, oncohematológicos, o con otras alteraciones de la inmunidad celular.

148. Endocarditis por *Streptococcus equisimilis* en un paciente inmunosuprimido. Benetucci A., Repetto S. A., Huberman M., Almuzara M., Vay C., Famiglietti A., Lasala M. B.

Servicio de Infectología y Sección Bacteriología. Depto. de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Buenos Aires. Argentina.

La endocarditis infecciosa (EI) por estreptococos del grupo C es infrecuente, corresponde a menos del 1% del total de los casos comunicados y 8% de los casos de EI por estreptococos beta hemolíticos. Dentro de los estreptococos del grupo C, *Streptococcus equisimilis* es el más frecuente en producir colonización e infección en humanos. La EI por estos agentes es de presentación aguda o subaguda y compromete válvulas normales. Son frecuentes las complicaciones embólicas a SNC, extremidades, ojos, pulmones, riñones, bazo y miocardio. La mortalidad es elevada y alcanza el 40-50%. Se presenta el caso de un varón de 42 años de edad con antecedentes de trasplante renal de donante cadavérico en 2001, en tratamiento inmunosupresor con azatioprina, ciclosporina y prednisona, quien comienza una semana antes del ingreso con astenia agregando luego fiebre y excitación psicomotriz. En el examen físico se encontraba febril, taquipneico, con paresia braquiocrural izquierda, deterioro del sensorio y desviación de la mirada conjugada hacia la izquierda, anisocoria, soplo sistólico 4/6 en 4 focos, petequias en extremidades y exudados blandos en el fondo de ojo. Presenta anemia, insuficiencia renal y acidosis metabólica. En el electrocardiograma se observa bloqueo de rama izquierda. Rx de tórax: normal. TC de encéfalo sin contraste: múltiples imágenes hipodensas compatibles con manifestaciones isquémicas en evolución. Ecocardiograma transtorácico: tres imágenes móviles compatibles con vegetaciones a la altura del aparato subvalvular tricúspideo, asociado a insuficiencia tricúspidea leve, importante calcificación del anillo mitral y raíz aórtica. El paciente evolucionó febril persistentemente, hemodinámicamente inestable en asistencia respiratoria mecánica con requerimientos de inotrópicos y hemodiálisis. Desde el ingreso recibió tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, ampicilina y gentamicina falleciendo a las 48 hs. En los hemocultivos (2/2) desarrolló *Streptococcus dysgalactiae* subespecie *equisimilis*, sensible a penicilina y cefotaxime. Si bien el paciente tenía compromiso ecográfico de válvula tricúspide presentaba manifestaciones embólicas sistémicas, sugerentes de compromiso de cavidades izquierdas. Su evolución fue aguda y de curso fulminante, a pesar del tratamiento adecuado. Presentamos este caso por la baja frecuencia de *Streptococcus equisimilis* como agente causal de EI.

149. Prevalencia de microorganismos y resistencia a los antimicrobianos en urocultivos de pacientes internados. Granados Gabriela, Rodríguez Cynthia, Rodríguez Hernán, Saposnick Elsa, Tiraboschi Nora, Lasala M. Beatriz, Vay Carlos, Famiglietti Angela.

Lab. de Bacteriología. Dpto. Bioq. Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Medicina. UBA. Argentina.

Con el objeto de evaluar la prevalencia de los microorganismos según el sexo de los pacientes y analizar la resistencia a los antimicrobianos (ATM) se analizaron todos los urocultivos provenientes de pacientes internados con diagnóstico de infección intrahospitalaria desde el 1/01/2002 al 10/09/2003. A todas las muestras se les realizó examen microscópico, determinación de pH y proteínas, y cultivo cuantitativo en agar cromogénico (CPS ID2-bioMerieux). Se consideraron positivos aquellos en los que se obtuvo un recuento microbiano ≥ 10.000 UFC/ml. La prevalencia de bacilos gram negativos fue del 61 % en hombres (enterobacterias: 39%; bacilos gram negativos no fermentadores: 22%) y 57 % en mujeres (enterobacterias: 42 %, bacilos gram negativos no fermentadores: 15%); de *Candida* spp: 24 y 27% respectivamente y cocos gram positivos: 15% en ambos sexos. La frecuencia de microorganismos en mujeres fue: *Candida* spp. 27% (*Candida albicans*: 43% y *no albicans*: 57%); *Escherichia coli*: 18%; *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus faecalis* 9% cada uno; y otros 28%. En hombres los microorganismos hallados fueron: *Candida* spp: 24 % (*Candida albicans*: 43% y *no albicans*: 57%); *Pseudomonas aeruginosa* 15%; *Enterococcus faecalis* 11%; *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* 8% cada una; *Acinetobacter* spp 7%; y otros: 27%. La resistencia a los ATM en *Escherichia coli* fue: alrededor de 60 %

a ampicilina (AMN) y 31% a nitrofurantoina (NIT) en ambos sexos; mientras que para las cefalosporinas (de 1° y 3° generación)(C1G y C3G), gentamicina (GM), ciprofloxacina (CIP) y cotrimoxazol (TMS) fue mayor en hombres que en mujeres (53-34, 25-12, 25-14, 44-29 y 53-43 % respectivamente). En *Klebsiella pneumoniae* la resistencia a los ATM fue semejante en hombres y mujeres, observándose resistencia a las C3G, GM, CIP y TMS mayor al 50%. En *Pseudomonas aeruginosa* la resistencia a piperacilina (PIP), ceftazidima (CAZ), cefepime (FEP) y meropenem (MEM) fue semejante en ambos sexos (PIP: 42%, CAZ: 30% FEP: 43% y MEM: 17%); mientras que la resistencia a GM, ampicacina y CIP fue mayor en hombres que en mujeres (69-52, 64-42 y 71-42% respectivamente). En cambio la resistencia a imipenem y polimixina fue mayor en mujeres que en hombres (19-13 y 5-2 % respectivamente). En *Enterococcus faecalis* no se observó resistencia a AMN ni vancomicina, y la resistencia a CIP fue: 43% en mujeres y 33 % en hombres. Por otra parte, no se observó resistencia a fluconazol en *Candida albicans*, mientras que en no *albicans* la resistencia fue del 30 %.

150. Tratamientos antimicrobianos empíricos en una unidad crítica de adultos. Foccoli M., Tosello C., Terrazas N., Capdevila A., Vay C., Famiglietti A., Lasala M. B.

División Infectología. Unidad de Terapia Intensiva. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Objetivo: Evaluar el tratamiento empírico para las infecciones hospitalarias (IH) en una unidad crítica de adultos en un hospital universitario. **Metodología:** Entre enero de 2002 y diciembre de 2003 se realizó un estudio prospectivo, a través de la vigilancia activa diaria de las IH asociadas a dispositivos en la unidad de terapia intensiva (UTI) de adultos. Se analizó el tipo de IH, gérmenes causales y su sensibilidad. **Resultados:** Se registraron 44 bacteriemias en pacientes con catéter venoso central (BAC) con 54 aislamientos microbianos, los de mayor frecuencia fueron: 15 (28%) *Staphylococcus spp.*, sensible a vancomicina, teicoplanina, rifampicina y cotrimoxazol; 7 (13%) *Pseudomonas aeruginosa* sensible a polimixina, 6 (11 %) *Candida spp.*, 5 sensibles a fluconazol; 4 (7%) *Enterococcus faecium* vancomicina resistente, 10 (18%) otros Gram -, sensibles a imipenem, meropenem. Se registraron 93 neumonías asociadas a respirador (NAR) con 150 aislamientos: 58 (32%) *Acinetobacter spp.*, sensible a polimixina y minociclina; 33 (22%) *Staphylococcus spp.* sensible a vancomicina, teicoplanina, rifampicina y cotrimoxazol; 24 (16%) *Pseudomonas aeruginosa* sensible a polimixina; 28 (19%) otros Gram -, sensibles a imipenem, meropenem. Las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario (ITU) fueron 18, con 22 aislamientos: 11 (50%) *Candida spp.*, sensible a fluconazol, 3 (14%) *Pseudomonas aeruginosa* sensible a polimixina, 5 (23%) otros Gram -, sensibles a imipenem, meropenem. **Conclusiones:** 1. La incidencia de IH remarca la necesidad de adherencia a las medidas del control de infecciones. 2. La terapia empírica debe planearse de acuerdo a la flora endémica de cada lugar. Para los pacientes internados que adquieren la IH en la unidad crítica, nos vemos obligados a indicar Imipenem + polimixina con el agregado cotrimoxazol para las BAC o NAR y el agregado de fluconazol para la sepsis con foco urinario.

151. Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal con trasplante renal funcionante. La Mura Ricardo, Ferreira Luis Mariano, Fernández Samuel, Parodi Juan Carlos.

FLENI. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

La coexistencia de un Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) con un Trasplante Renal (TxRx) funcionante es una situación cada vez mas frecuente dado que los adelantos y mejoras en los resultados de los trasplantes renales han llevado a aumentar la tasa de sobrevida del injerto y de los pacientes. La resolución del AAA complicados es una situación difícil y en numerosos casos puede

concluir con la pérdida del injerto. Es el objetivo de esta comunicación analizar las distintas técnicas y alternativas para preservar la función del injerto renal durante el tratamiento de un AAA y presentar dos casos tratados por método endovascular evaluando las ventajas del mismo. Los casos presentados son 2 pacientes (un caso complicado) de sexo masculino, hipertensos que padecían de AAA y tenían además un trasplante renal funcionante. En ambos casos se efectuó tratamiento endovascular del aneurisma, sin anestesia general, colocando un stent-prótesis bifurcado a través de un abordaje inguinal de la arteria femoral en forma exitosa. Los pacientes egresaron 48hs después de finalizado el procedimiento. Con el con método endovascular no se realiza clampeo aórtico y la función renal fue preservada evitando la inyección de contraste, realizando el procedimiento con un compuesto no nefrotóxico como el gadolinio. El seguimiento de los pacientes es del 100% y no han presentado complicaciones hasta el momento. **Discusión:** La preservación de la función renal durante el tratamiento quirúrgico de un AAA no tiene un protocolo Standard y para proteger al riñón trasplantado minimizando la isquemia del injerto se han descrito numerosas técnicas como: shunts temporarios, Bypass extraanatómicos, técnicas de asistencia circulatoria extracorpórea, hipotermia generalizada, perfusión renal fría, y algunas otras alteraciones de la cirugía convencional. Con el desarrollo de las técnicas endovasculares los AAA pueden ser tratados sin clampeo aórtico y sin riesgo de isquemia para el riñón pélvico o el trasplantado. Se realiza un análisis de todos los métodos. **Conclusiones:** La mayor prevalencia de AAA en pacientes trasplantados es una situación cada vez mas frecuente y la inexistencia de una sistemática para tratar esta situación (Coexistencia de AAA y TxRx) finaliza muchas veces con la pérdida del riñón trasplantado y la muerte del paciente. El tratamiento endoluminal del AAA es actualmente la indicación sin lugar a dudas para resolver este problema.

152. La importancia del autocuidado como criterio para ingresar a un programa de diálisis peritoneal (DP). Vavich Rodolfo, Forlano C., Arias M., Nadal M. A.

División Nefrología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Comparar la incidencia de peritonitis e infecciones del sitio de salida, en pacientes autosuficientes versus pacientes con uno o más asistentes. **Material y Métodos:** Entre 1994 y 2002 se incorporaron a DP 29 pacientes adultos. Los catéteres implantados fueron 18 (swan neck coil pediátricos 2 cuffs), 10 (swan neck coil adultos 2 cuffs) y 1 (tenckoff recto 2 cuffs). Para analizar las complicaciones infecciosas fueron divididos en los 3 grupos siguientes: Grupo 1 (autosuficientes), Grupo 2 (con un asistente) y Grupo 3 (con más de un asistente).

GRUPO	Peritonitis	Infección de Sitio de salida
1	43.67*	43.67*
2	12.82*	18.31*
3	11.49*	45.95*

Todos los pacientes, como sus asistentes fueron entrenados por el mismo técnico con igual metodología de entrenamiento.

Resultado:

GRUPO	n°	Edad promedio (años)	Meses en DP
1	18	42.3	611.43
2	5	58.6	128.2
3	6	70.2	229.78

* 1 episodio/meses X paciente

Conclusiones: Los pacientes del Grupo 1 tuvieron una menor incidencia de infecciones comparados con los pacientes de los grupos 2 y 3. Este resultado se interpreta en una mejor práctica realizada por el propio enfermo la que cumple con mayor rigurosidad los criterios de bioseguridad.

153. Biopsia renal en la insuficiencia renal aguda. De Rosa G., Nadal M. A., von Stecher F., Roperto S., Ibarra R., De Rosa M.

División Nefrología y Medio Interno. Departamento de Patología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Medicina. UBA. Argentina.

Introducción: la insuficiencia renal aguda (IRA) es una patología común en adultos mayores; habitualmente es reversible y en general no requiere biopsia renal (BR) para su diagnóstico. **Objetivos:** analizar la incidencia, causas clínicas y grado de concordancia con la presunción clínica en BR de adultos con IRA. **Material y métodos:** se analizaron los protocolos de 1430 BR realizadas entre 1993 y 2003; 45 correspondieron a pacientes con diagnóstico de IRA. En cada caso se registró: edad, sexo, diagnóstico clínico presuntivo y de la BR. De acuerdo al diagnóstico histológico se dividieron en glomerular, túbulo-intersticial y vascular y se estableció el porcentaje de concordancia con el diagnóstico clínico presuntivo. **Resultados:** La incidencia de IRA fue del 3.14% del material de BR. Los casos analizados correspondieron a 19 mujeres y 26 hombres con una edad $\times 51.4 \pm 15.6$ años. La presentación clínica fue: síndrome nefrótico (SN) 26 pacientes (58%), proteinuria no nefrótica 19 (42%); hipertensión arterial (HTA) 18 (40%); hematuria en 33 (73%), hematuria con proteinuria 20 (44%). El diagnóstico histológico más frecuente fue glomerulopatía (GP) extracapilar (46%); la patología túbulo-intersticial aguda (necrosis tubular, nefritis intersticial, tubulopatía por cilindros de Bence Jones y nefropatía por obstrucción túbulo-intersticial por cristales lambda) representó el 24% y las causas vasculares (microangiopatía trombótica y ateroembolia) el 18%. El 12% restante correspondió a otras GP: mesangiales (n=2), cambios mínimos (n=1), membranoproliferativa (n=1), endocapilar (n=1), endo y extracapilar (n=1). Hubo concordancia con la presunción clínica en el 58% de los casos. **Conclusiones:** la incidencia de IRA como indicación de BR en esta serie fue del 3.14%, registrándose un aumento de la prevalencia en el período 2000-2003 respecto a los años anteriores ($\times 8\%$ vs 2.9%). Las enfermedades glomerulares resultaron la etiología más frecuente, particularmente la GP extracapilar y hubo concordancia con el diagnóstico clínico presuntivo en el 58% de los casos.

154. Nefropatía IgM. Características clínicas y de laboratorio al momento de la biopsia renal. De Rosa Marcelo A., Roperto Susana H., *De Rosa Graciela, *von Stecher Florencia, Nadal Miguel A.

*División Nefrología. *Departamento de Patología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Argentina.*

Objetivo: Conocer las características clínicas y de laboratorio de la glomerulopatía por IgM al momento de la biopsia renal (BR). **Material y método:** Entre 1984 y 2003, de 1332 BR se estudiaron retrospectivamente 26 con diagnóstico de nefropatía IgM (NlgM). Se definió como NlgM a las que presentaron depósitos mesangiales difusos dominantes de IgM sin evidencia de enfermedad sistémica. Se investigó edad, sexo, presencia de hematuria (más de 5 hematias por campo de gran aumento), proteinuria (g/24 hs.), urea (mg/dl), creatinina (mg/dl), presión sanguínea y se consideró hipertensión arterial a los que presentaron PAS ≥ 150 ó PAD ≥ 90 e insuficiencia renal Cr ≥ 1.5 mg/dl. **Resultados:** Los 26 pacientes con NlgM representaron el 1.95% del total de BR. Fueron 14 hombres y 12 mujeres, con una edad promedio de 33 años (rango 18 a 63 años). De ellos, 17 pacientes presentaron Síndrome nefrótico (65%), 7 (27%) insuficiencia renal y 15 (58%) microhematuria. La proteinuria promedio fue de 8.13 g/24 hs (rango: 300 mg a 32). De los hallazgos histológicos debemos destacar que 13 (50%) presentaron patrón mesangial, 6 (23%) cambios mínimos y 7 (27%) patrón mesangial asociado a esclerosis glomerular focal y segmentaria. La inmunofluorescencia fue positiva para C3 en 18 pacientes (70% mesangial y en pared capilar). **Conclusiones:** En nuestra población la NlgM fue más fre-

cuenta en varones, con un 65% de los pacientes con síndrome nefrótico y 58% con hematuria al momento de la BR. La proliferación mesangial fue el patrón histológico más frecuente (50%), en 18 (70%) se encontró C3 acompañando a la IgM en mesangio y/o pared capilar.

155. Evaluación del estado nutricional de una población de pacientes en hemodiálisis crónica. Difabio M., Kirsznar S., Marini A.

Servicio de Nefrología. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (IADT). Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional de una población con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento hemodialítico (HD) y su correlación con la edad, antigüedad en hemodiálisis y turno. **Materiales y métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva 53 pacientes: 29 hombres y 24 mujeres, con (IRC) en HD trisemanal independientemente de su etiología, con un promedio de edad de 64 años con un rango de 31-89 años. Todos recibían dieta para IRC en HD con aporte proteico de 1.2g/kg/día y aporte calórico de 30-38cal/kg/día. Se dividió a la población de acuerdo a la edad: $\geq 60 \leq 65$ años, turno de hemodiálisis: 1°, 2° y 3° turno, antigüedad en HD: $\geq 0 \leq 36$ meses. Se incluyeron solamente aquellos pacientes con un tiempo de hemodiálisis mayor de 6 meses. Los parámetros que se utilizaron para evaluar el estado nutricional fueron: Albúmina (AL), Porcentaje de pérdida corporal de peso (%PP), Índice de masa corporal (IMC) y Valoración global subjetiva (VGS). De acuerdo a los mismos se clasificó el estado nutricional en: -ESTADO NUTRICIONAL NORMAL (ENN): IMC: $> 20-30$ y/o %PP: $\pm 5\%$ en los últimos 6 meses y/o VGS ≥ 6 y/o AL 4g/dl -MAL NUTRICION ASOCIADA CON MODERADO RIESGO DE MORTALIDAD (MR): IMC: 18.5-20 y/o %PP indeseada de 5-10% en los últimos 6 meses y/o VGS 3 a 5 y/o AL 3.5-3.9g/dl -MAL NUTRICION ASOCIADA CON ALTO RIESGO DE MORTALIDAD (AR): IMC: < 18.5 y/o %PP indeseada mayor al 10% en los últimos 6 meses y/o VGS menor de 3 y/o AL menor de 3.5g/dl. **Resultados:** En la población analizada se vio que el 66% presentaban ENN, 26.4%MR y 7.6%AR. De acuerdo al turno de hemodiálisis: 22 pacientes en el 1° con un 73% de ENN y 27% con MR, en el 2° turno: 20 pacientes: 65% ENN, 20% MR, 15% AR, 3° turno: 11 pacientes: 72% ENN, 18% MR, 9% AR. De acuerdo a la edad 72% fueron mayores de 65 años con: 31.5% ENN, 59% MR y 10.5% de AR, el 28% correspondió a menores de 65 años con: 86.5% ENN y 13.5% MR. Con respecto a la antigüedad en HD, el 38% tuvieron más de 36 meses en tratamiento, con ENN 65%, MR 25% y AR 10%, el 62% restante recibió menos de 36 meses con: ENN 67%, MR 27% y AR 6%. **Conclusiones:** Las dos terceras partes de la población analizada 66% (n=35) presentaron estado nutricional normal, siendo este resultado superior al descrito en la literatura. Dentro del tercio restante 34% (n=18) más de la mitad correspondió a pacientes con moderado riesgo de morbimortalidad. La alteración del estado nutricional, se presentó más frecuentemente en la población de pacientes mayores a 65 años y en aquellos que dializaban en el 2° turno. Con respecto a la antigüedad en hemodiálisis en ambos grupos fue mayor el porcentaje de pacientes con ENN.

156. Re-infusión de líquido ascítico al circuito de sangre durante hemodiálisis en paciente urémico con cirrosis. Lugones Facundo H., Torales Oscar F., Torales Oscar A.

Nefros SC. Centro Privado de Hemodiálisis. Santiago del Estero. Argentina.

El Síndrome Ascítico en un paciente cirrótico en plan de hemodiálisis (HD) se comporta como refractario en virtud de la falta de diuresis residual e imposibilidad de utilizar diuréticos. Ello obliga a realizar paracentesis evacuadoras totales periódicas. La alternativa de re-infundir líquido ascítico conceptualmente facilita el control de ganancia de peso-ascitis y mejora las condiciones generales de estos pacientes. **Caso Clínico.** Paciente de 57 años con riñón único (agenesia riñón izquierdo), Diabetes

Mellitus e Hipertensión Arterial en los 10 años previos a su ingreso a plan de Hemodiálisis Trisemanal. Con diagnóstico de Cirrosis Hepática Etílica ya en su ingreso a HD, sufrió dos episodios de hemorragia digestiva alta por vórices esofágicas (posteriormente esclerosadas) y ascitis que se incrementó progresivamente requiriendo, desde el cuarto mes en diálisis, paracentesis evacuadoras totales (7-8 lt en cada oportunidad) a intervalos de 7 a 10 días. Como alternativa a dicho procedimiento planteamos la re-infusión de líquido ascítico al circuito de sangre durante la sesión de hemodiálisis. Para ello el paciente se encontraba en profilaxis primaria con norfloxacin 400 mg ^o/24 hs vo y realizamos examen físico-químico del líquido 24 hs pre-procedimiento. La sesión de hemodiálisis del día de la infusión fue prolongada a 5 hr y se realizó: mediante fístula AV nativa, con circuito arterial-venoso convencional, filtro de polisulfona de 1,8 m² (Kuf: 8.1), heparina sódica 5000 ui en bolos repetidos y el volumen ultrafiltrado fue 1,4 lt/hr. El drenaje de la cavidad peritoneal se realizó a través de abocath 16 G (cuadrante abdominal inferior izquierdo) y perfus de transfusión de hemoderivados que se conectó al porta arterial (aprovechando como fuerza de propulsión la presión negativa generada por la bomba de sangre del circuito de diálisis). El paciente transcurrió el procedimiento con excelente tolerancia hemodinámica y no presentó signo-sintomatología atribuible a pirógenos (fue premedicado con dipirone 0.5 gr e hidrocortisona 100 mg iv). La infusión de líquido ascítico durante el procedimiento fue estimada en 5 lts con lo que el aporte neto de proteínas al paciente fue aproximadamente 125 gr ([proteínas en líquido del paciente 2,5 gr/dl]). **Conclusiones:** Este reporte tiene por objeto jerarquizar una alternativa terapéutica sencilla, de acotado costo, amplios beneficios y plausible de ser utilizada durante un tiempo indeterminado en éste selecto grupo de pacientes en diálisis.

157. Cuadruplicación ureteral e infecciones urinarias a repetición: a propósito de un caso. Garbocci Ana, Gilardi Leonardo, Leberzstein Gabriel, Morend Inés.

Servicios de Adolescencia y Clínica Médica. Consultorios Ambulatorios de OSECAC. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Se presenta el caso de una paciente de 20 años, con historia de infecciones urinarias a repetición por enterobacterias desde su adolescencia, sin documentación ecográfica certera de alteraciones anatómicas del árbol urinario. Se procedió oportunamente a la realización de una tomografía computada, documentándose duplicación ureteral bilateral con desembocadura individual de cada uréter. No fue posible objetivar reflujo vesicoureteral por el método empleado. Se trata de la segunda publicación de un caso similar en la literatura argentina, siendo el anterior el hallazgo de una necropsia. Creemos que debería considerarse esta alteración anatómica entre los diagnósticos diferenciales de infecciones urinarias a repetición, sobre todo ante estudios ecográficos no concluyentes.

158. Púrpura de Shölein Henoch e insuficiencia renal aguda. Esteso F., Ochoa P., Martínez del Sel J., Pisarevsky A., Petrucci E.

VI Cátedra de Medicina. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: La púrpura de Schönlein-Henoch es una vasculitis leucocitoclásica sistémica. Afecta los pequeños vasos en forma segmentaria y se caracteriza por depósitos de IgA a nivel de las paredes de las vénulas post-capilares. Compromete principalmente piel, articulaciones, tubo digestivo y riñón, conformando una tétrada diagnóstica. Es la vasculitis más frecuente en la infancia, aunque 10% de los casos se observa en adultos. El compromiso renal marca el pronóstico, observándose en 40% de los pacientes. De estos menos del 25 % desarrolla insuficiencia renal aguda. **Caso clínico:** Mujer de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento irregular con enalapril. Refiere catarro de vías aéreas superiores una semana previo a la

consulta, por lo que recibió cefalexina. Ingresó a nuestro servicio por pápulas y placas eritemato-violáceas que no desaparecen a la vitropresión en miembros inferiores, glúteos, abdomen y miembros superiores (púrpura palpable) de 72 horas de evolución, algunas con necrosis central, otras eran ampollas de contenido hemorrágico. También presentaba tumefacción y dolor en ambas muñecas, codo y antepie derechos que limitaban los movimientos. Laboratorio: Hto: 50%; GB: 9700; Pla: 325.000; Urea: 31; Cr: 0,7; Iono: 140/3,8; Quick: 100%; KPTT: 45"; ESD: 5mm/h; Látex AR, Rose Ragan, ANCA, anti-ADN, VHB, VHC y crioglobulinas negativos; FAN positivo 1/40 homogéneo; CH50, C3 y C4 dentro de límites normales. Evoluciona con dolor abdominal intenso de tipo cólico, a lo que se agrega oligoanuria, deterioro de la función renal (Urea 169; Cr 1,9; ClCr 24 hs: 25 ml/min) y proteinuria (3g/24 hs). Sedimento urinario por nefrología: proteínas ++++, GR: 80 a 100 por campo (80% dismórficos); cuerpos ovales grasos. Se realiza biopsia de piel con inmunofluorescencia: vasculitis leucocitoclásica con depósitos de IgA y C3, y biopsia renal: nefropatía IgA (depósitos mesangiales y parietales segmentarios de IgA y C3). Se inicia entonces tratamiento con metilprednisolona 3g IV + ciclofosfamida 1g IV. **Conclusión:** La púrpura de Schönlein-Henoch es una entidad poco frecuente en adultos. Su incidencia es de alrededor de 1,4 casos por cada 100.000 habitantes por año. El compromiso renal es más frecuente y más severo en adultos que en niños, estimándose que cerca de la mitad de los pacientes que lo padecen evolucionará con insuficiencia renal terminal. La insuficiencia renal aguda es una forma de presentación poco habitual. Nosotros reportamos el caso de una paciente con púrpura de Schönlein-Henoch del adulto e insuficiencia renal aguda.

159. Coagulopatía por inhibidor del factor VIII. Lanari Zubiaur Emilio Alberto, Tejada Rina, Sosa Oriel Adolfo, Romero Maciel María de los Ángeles, Méndez Gustavo Adolfo.

Hospital Vidal. Corrientes. Argentina.

Introducción: En los pacientes sin hemofilia esta coagulopatía puede presentarse en personas normales o asociarse a otras enfermedades. Las características son APTT prolongado, que no corrige con plasma normal; disminución del factor VIII y presencia del inhibidor del factor VIII. Severidad variable, clínicamente, desde equimosis hasta anemia e hipovolemia. Como tratamiento se realiza el manejo agudo y la eliminación del anticuerpo con inmunosupresión. **Presentación de casos:** Se presentan tres casos cuyas características fueron: mujeres jóvenes, púerperas y previamente sanas. 1° caso: 16 años, consultó por equimosis; cursó con síndrome compartimental, sangrado intraabdominal e hipovolemia. Recibió transfusiones de crioprecipitados y concentrados de Factor VIII. Inmunosupresión con Metilprednisona y pulsos de Ciclofosfamida. Evolución con cese de la hemorragia y laboratorio sin mejoría con persistencia del inhibidor. 2° caso: 22 años Consultó en su 2° puerperio por persistencia de ginecorragia con desgarro de cuello uterino, cursó con hipovolemia Antecedente de hemartrosis y ginecorragia en puerperio previo. Recibió transfusiones de crioprecipitados, concentrados de Factor VIII y Factor VII activado. Inmunosupresión con Metilprednisona, pulsos de Ciclofosfamida y Vincristina. Evolución favorable con mejoría parcial del laboratorio y persistencia del inhibidor. 3° caso: 36 años, consultó por hematomas, ginecorragia y epistaxis, sin hipovolemia. Recibió ácido aminocaproico, metilprednisona y pulsos de ciclofosfamida. Cese de los episodios hemorrágicos, evolución con mejoría parcial del laboratorio y persistencia del inhibidor. **Discusión:** Decidimos presentar este trabajo por tratarse de una enfermedad con una incidencia 1 caso por millón por año, reportando tres casos que se produjeron con características epidemiológicas similares Evaluando el tratamiento agudo y de la inmunosupresión con seguimiento a 6 meses. **Conclusiones:** No se encontraron otras causas asociadas a la presentación de la coagulopatía por inhibidor del factor VIII más que la relación con el puerperio. En el manejo de la hemorragia se evidenció mayor beneficio en la paciente que recibió factor VII activado (cese de

la hemorragia en menor tiempo). Ninguna paciente respondió al tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida y metilprednisona.

160. Trombofilia en las mujeres con abortos recurrentes. Scazzioti Alejandra, Pons Silvina, Raimondi Rosana, Grinspon Alicia, Fernandez Elvira, Xavier Luis*, Alfie Margarita**, Etchepareborda Juan**.

Laboratorio de Hemostasia. Dpto. Bioquímica Clínica. Servicios de Hematología* y

Esterilidad**. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

La trombofilia es una de las causas más estudiadas en las mujeres con pérdidas fetales recurrentes provocando un desbalance en el sistema hemostático que genera complicaciones trombóticas en la circulación feto-placentaria. La trombofilia congénita o adquirida está presente en 2/3 de las complicaciones vasculares gestacionales. Nuestro objetivo fue valorar los factores de riesgo trombótico a nuestro alcance y evaluar el comportamiento del TFPI, inhibidor fisiológico del factor tisular, poco estudiado en estas pacientes. **Pacientes y métodos:** Entre marzo de 2002 y diciembre del 2003 se estudiaron 103 mujeres con dos o más abortos antes de la semana 17 de gestación, en las que se excluyeron causas endocrinas, anatómicas, inmunológicas y cromosómicas de abortos. El grupo control estuvo formado por 20 mujeres fértiles pareadas en edad con el grupo en estudio. Se realizaron las determinaciones para investigar: inhibidor lúpico (IL) según las normas de la ISTH; anticuerpos anticardiolipina (ACA) AphL ELISA Louisville; proteína C (PC) Coamatic PC Chromogenix; antitrombina (AT) Coamatic AT Chromogenix; proteína S (PS) Bioclot PS Biopool, resistencia a la PC activada (RPCa) Coatest APC-Resistance V-S Chromogenix; homocisteína (Hcy) Axis-Hcy-EIA; prueba de oclusión venosa (POV), TFPI total y libre Asserachrom TFPI, Stago. **Resultado:** Ninguna de las pacientes estudiadas tuvo alteraciones de los niveles de PC y AT, sólo una paciente presentó déficit de PS libre, 9.7% presentaron IL, 7.7% ACA positivo, 8.1% RPCa, 27% alteración de la POV y 25% Hcy elevada. En 34% de las mujeres hallamos un defecto hemostático, en 12.6% dos defectos, en 3.9% tres defectos mientras que en el 49.5% no hallamos ninguna alteración en los parámetros estudiados. En un subgrupo de 33 mujeres estudiamos el TFPI encontrando una disminución del TPFI libre en 66.7% (22/33) y del TFPI total en 33.3% (11/33). 15 mujeres de este subgrupo presentaron como único defecto la disminución de TFPI con lo cual bajó a 33% el porcentaje de pacientes sin causas trombóticas. **Conclusiones:** En el 16.5% de las mujeres con abortos recurrentes encontramos más de una causa trombótica, comprobando la necesidad de estudiar la mayor cantidad de factores de riesgo posible. El hallazgo de la disminución de TFPI libre sería una causa adicional determinante del estado protrombótico responsable de las complicaciones obstétricas, por lo que consideramos necesario incluir su determinación en el protocolo de investigación de las pacientes abortadoras.

161. Rol del recambio plasmático intensivo (RPI) como tratamiento (Tto) en el síndrome microangiopatía trombótica trombocitopénica (SMAT). Vellicce A., Rey J., Mascareño P., Papurello H., Ferrer P., Villaravid N., Borci P., Rojas F., Carbia C., Sanchez Avalos J., Calahorra R., Kohan A.

Dpto. de Hemoterapia y Servicio de Hematología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: El SMAT es una entidad con desorden multisistémico y con alta tasa de morbimortalidad. Incluye entidades como Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) con sus variantes y Síndrome Urémico Hemolítico del Adulto (SUHA). La pentada 1) componente hemolítico microangiopático 2) Trombocitopenia 3) LDH elevada 4) Síntomas neurológicos difusos 5) Y/o disminución de la función renal, hacen reconocer el diagnóstico temprano. Puede ser desencadenado por varias causas y reco-

noce distintos mecanismos fisiopatológicos. El RPI con PFC como líquido de reemplazo, marcó una bisagra en el tto., y evolución de éste síndrome, que antes tenía una mortalidad de más del 80% y ahora de menos del 20%. **Objetivo:** Ratificar la eficacia del RPI como tto. de elección en ésta patología. **Materiales y métodos.** Se incluyeron 40 ptes. 30 mujeres y 10 varones. Se empleó separador celular de flujo discontinuo Haemonetics o de flujo continuo Excel Dideco. Como líquido de reemplazo se usó plasma fresco congelado (PFC) y plasma modificado sin crío (PM). Se realizaron 11 procedimientos (2-36) por ptes. El volumen procesado por procedimiento fue de 30 ml/ Kg. El RPI se utilizó como terapia única o complementaria con corticoides antiagregantes, inmunosupresores etc. **Resultados.** La tolerancia fue buena salvo en 4 ptes que tuvieron reacciones leves o severas o rush urticariano por el plasma, 32 ptes. Tuvieron remisión completa y 8 fallecieron (3 por otras causas, infecciones, cirugía, etc. **Discusión.** La evolución de la trombocitopenia y de los niveles de LDH, sirven para monitorear el curso de la enfermedad y nuestra meta con el RPI es la normalización de las mismas. Teniendo en cuenta los diferentes mecanismos fisiopatológicos como injuria endotelial gatillada por toxinas, Ac. medicamentosos etc., presencia de multímeros largos inusuales de Factor de Von Willebrand y déficit o inhibición de enzima ADAMTS 13, etc., que en condiciones normales cliva estos multímeros, explicaría la presencia de pacientes refractarios al tto., y en este caso, se han utilizado otras terapias alternativas tales como GGEV, Ac. anti-CD20 inmunosupresión ciclofosfamida, esplenectomía etc. **Conclusión.** El RPI es la opción terapéutica de elección en esta enfermedad y su éxito depende del diagnóstico precoz, inicio temprano del tto., el nº de procedimientos y del volumen removido.

162. Síndrome hemofagocítico reactivo. Chavin H., Martínez del Sel J., Pisarevsky A., Petrucci E.

VI Cátedra de Medicina. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: La linfohistiocitosis hemofagocitaria engloba dos entidades: la linfohistiocitosis eritrofagocítica familiar y el síndrome hemofagocítico reactivo (SHR). El SHR afecta principalmente a niños y a inmunocomprometidos. Se caracteriza por la infiltración de varios órganos y sistemas por histiocitos maduros que revelan hemofagocitosis. Se asocia a infecciones, neoplasias, enfermedades del colágeno y al uso de ciertos fármacos. **Caso Clínico:** Mujer de 67 años que ingresa por fiebre de 3 días de evolución asociada a tos seca. **Antecedentes:** hipotiroidismo; porfiria cutánea tarda; anemia hemolítica autoinmune refractaria por lo cual fue esplenectomizada. Recibió transfusiones. Tto: prednisona 15 mg/día, T₄ 75ug. Vacunación antineumocócica y antihemophilus. **Examen físico:** Lúcida. Taquipneica. T 38°. Rales crepitantes en base derecha. **Laboratorio:** Hto: 31%; GB 5700 (N:90%; L: 1%; M:9%; Eo:0%); Pla: 130000; VSG 30; Glu 81; U 33; Cr: 0,8; Iono: 137/3,8; BT 0,9; GOT 30; GPT 45; δ GT 59; FAL 150; LDH 1034; CPK 9; Quikc 66%; Kptt 48"; EAB 0,21 7,53/26/61/21,7/-3/93,1%; Proteinograma: PT 4,7/ALB 2,85/ α 1 0,30 α 2 0,75 β 0,50 γ 0,30. Ferritina 1000 ng/ml Rx de tórax sin alteraciones. Frotis de sangre periférica: no signos de hemólisis, cuerpos de Howell Jolly. PAMO: celularidad levemente disminuida; relación M/E 6/1; serie mieloide desviación a la izquierda; serie roja y megacariocitos disminuidos. FAN, AntiDNA neg. CT, C3 y C4 normal. Se inicia tto con ceftriaxone-claritromicina. Evolución con registros térmicos hasta 40°. Se toman hemocultivos seriados, urocultivo y al día 6° se rota esquema a vancomicina + amikacina + piperacilina. En los estudios por imagen en búsqueda de foco infeccioso no se encontraron alteraciones. Por laboratorio se constata: aumento progresivo LDH (hasta 3803), disminución de las tres series y deterioro de la función renal. La biopsia de médula ósea revela cambios compatibles con cuadro hemofagocítico. Al décimo día presenta de forma súbita disnea con mala mecánica respiratoria e hipotensión. Requiere asistencia respiratoria mecánica y apoyo con drogas inotrópicas, continuando tratamiento con vancomicina + imipenem+ fluconazol. Serologías: anti- IgM CMV neg; anti-IgG CMV 1531 (por ELISA). Serologías para HIV, VHB, VHC, Salmonella,

EBV, Huddleson negativas. Fallece a los 14 días de su ingreso. **Conclusión:** El SHF es un importante diagnóstico diferencial que debe plantearse ante un paciente con fiebre de origen desconocido, hepatoesplenomegalia, pancitopenia y disfunción multiorgánica progresiva. Una biopsia de médula ósea es necesaria para confirmar el diagnóstico y es fundamental para descartar histiocitosis de origen maligno. El incremento de los histiocitos fagocíticos obliga a buscar una infección o neoplasia subyacente. Nosotros reportamos el caso de una paciente inmunosuprimida que desarrolló un SHF reactivo y a pesar que la serología no es concluyente consideramos la infección por citomegalovirus la etiología más probable.

163. HTLV-1 en el Norte de Argentina. Vega P., González D., Piskorz M., Pietrangelo C., Calmet R., Beltramino P., Calahonra.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: Se ha demostrado que el virus linfotrópico humano de células T (HTLV-1) es el agente etiológico de la leucemia/linfoma de células T del adulto, así como de la paraparesia espástica tropical. El HTLV-1 está distribuido alrededor del mundo, pero en pequeños grupos, entre ellos varios grupos poblacionales de Sud América y del norte de nuestro país. **Caso Clínico:** Paciente de 56 años de edad oriunda de Formosa con antecedentes personales de diabetes 2 y colecistectomía laparoscópica 15 días previos a su ingreso. Negó drogadicción ev o transfusiones. Como antecedentes familiares, la madre padeció una enfermedad crónica en los miembros inferiores. Ingresó por dolor en hipocondrio derecho, sin hallazgos patológicos al examen físico, salvo dolor en antedicha localización a la palpación profunda. *Laboratorio:* Hto. 37% Gl.BI 230.000/mm³ 72% de elementos atípicos, linfocitos 18%, neutrofilos segmentados 8% Pla_q 30.000/mm³ Urea 19 Creatinina 0,7 Na+ 137 mEq/l K+ 3mEq/l LDH 1228 UI/l Hepatograma normal. Calcemia de 12,6mg/dl. *Ecografía abdominal* evidencia líquido subfrénico. Se le coloca un catéter de drenaje percutáneo. *Frotis de sangre periférica:* sombras de Grunpeerts, anisopoiquilocitosis, tendencia a la microcitosis, hipocromía moderada, target cells. *Citometría de flujo y citogenética:* población linfoide 96% con 2% de linfocitos B policlonales, 1% de linfocitos T normales y 94% de linfocitos con fenotipo inmunológico compatible con un desorden linfoproliferativo-T CD4 +/CD25+. *Biopsia de Médula Ósea:* celularidad del 90% infiltrada por linfocitos pequeños de núcleos redondeados o ligeramente irregulares y escaso citoplasma. Presencia de las tres series hematopoyéticas con conservación de la maduración y de la relación mieloeitroide. *Técnicas de inmunomarcación con anticuerpos monoclonales:* linfocitos positivos para CD3 y CD5. *Serología para HTLV-1 (ELISA y Western Blot)* positivo. HIV, HBV, HCV negativos. *Rx de cráneo frente y perfil, columna dorsolumbar, y huesos largos:* sin lesiones líticas. La paciente intercurrió con deterioro del sensorio secundario a hipercalcemia que mejoró con calcitonina intranasal y sepsis con rescates SAMS en punta de catéter y HMC x 2, evolucionando con shock, fallo multiorgánico, coagulación intravascular diseminada, falleciendo luego. **Discusión:** HTLV-1 es un virus endémico en varios subgrupos del Norte de nuestro país. La incidencia, según varios reportes es de 1.14% en Argentina. Debe considerarse, si el paciente proviene de un área endémica y se presenta con leucemia o linfoma de alto grado de células T, asociado a hipercalcemia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, aumento de LDH o lesiones óseas líticas. Existe asociación familiar y se manifiesta en general luego de un tiempo de latencia de años, por algún estímulo que alteraría la inmunidad del paciente. Se transmite en forma vertical (transplacentaria/ lactancia) y parenteral, siendo potencialmente prevenible implementando medidas de profilaxis.

164. Leucemia mieloide aguda (LMA) y HIV. Rey I., Lluésma Goñalons M., Varela A. I., Saslavsky M., Müller K., Banchieri A., Ardaiz M del C.

División Hematología. Hospital "J. M. Ramos Mejía". Argentina.

Introducción: Las hemopatías malignas asociadas a la infección por HIV suelen ser procesos linfoproliferativos B y su asociación con leucemias agudas es infrecuente. Presentamos dos casos de pacientes HIV+, con diagnóstico de LMA. **Caso 1:** Hombre de 33 años de edad, HIV+, con diagnóstico de LMA (FABM4) en junio de 1999. Ingresó con anemia y plaquetopenia, afebril, con hepatoesplenomegalia y hemorragia en fondo de ojo. Hemograma: Hto10% Hb4,5g/dl, GB8000/mm³ (BI42% Mo10%) Plaquetas 25000/mm³. Punción aspiración de médula ósea (PAMO) y Citoquímica: LMA FAB M4. Inmunomarcación:CD45, CD13, CD33, CD14, HLA-DR, CD117, MPO, Lisozima y CD34 positivos.CD4 y CD19 aberrantes. CD2 positivo en 25% de la celularidad. Citogenético (CTG): 20 metafases: 20%47 XY+, hipertetraploide (93-103); 55% 46XY. Recuento CD4: 214. Inicia tratamiento antiretroviral (ARV) y a las 24hs quimioterapia (QMT) protocolo “7+3” (Citarabina 100mg/m²/dx7d + Mitoxantrona 12mg/m²/dx3d). Remisión completa (RC) día +24. Recibe dos consolidaciones, con alta dosis de Ara-C superando las interurrencias infectológicas. Sobrevida global de 24 meses. **Caso 2:** Hombre de 33 años con antecedentes de serología HIV+ desde 1999, hepatitis B y hepatitis C. Abandono tratamiento ARV por intolerancia en marzo 2003. Recuento CD4 400/mm³ y carga viral 14 330 copias en abril 2003. Hemograma Hto: 21% Hb: 7g/dl Plq: 5 mil GB: 4400 (N: 3% L: 82%). Se realiza diagnóstico de LMA FAB M2 en agosto de 2003. PAMO CITOQUIMICA: 45% de blastos MPO+ en casquete. Inmunomarcación: población compatible con blastos 33% que expresa marcadores mieloides:CD13, CD33 debil, CD117 y MPO, con DR, CD34 y CD38 positivo intenso. CTG: 20 metafases: Cariotipo 45,X, t (8;21)(q22;q22), -Y. Reinicia tratamiento ARV y a las 72hs comienza QMT protocolo “7+3” (ARAC+MITO). Intercurrencias infecciosas. Seguimiento 9 meses actualmente en RC. **Discusión:** Son escasos los reportes de LMA en pacientes HIV+ (que en general coinciden con el caso 1 en el subtipo monocitoide). La evolución a las citopenias como de las variadas interurrencias infecciosas y el pronóstico de la LMA no son diferentes a las del resto de la población con LMA. Remarcamos que el pronóstico de estos pacientes no difiere de otros con diagnóstico de LMA con igual subtipo y estudio citogenético acompañado de los esquemas ARV actuales.

165. Recaída cutánea de leucemia promielocítica aguda (LPA). González J., Hanono I., Pisani A., Verri V., Pavlove M., Rendo P., Flores M., Goldztein S., Ricardo Durisbourg.

Servicio de Hematología. Hospital "G. Durand". Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La recaída extramedular en la LPA es un hecho infrecuente. Algunos reportes sugieren un aumento de incidencia de las mismas desde la utilización del Acido transretinoico (ATRA). **Objetivo:** Comunicar una paciente con LPA con recaída cutánea y molecular en médula ósea (MO) en ausencia de repercusión hematológica. **Caso Clínico:** paciente de 32 años con LPA que al diagnóstico tuvo coagulopatía, leucocitosis y plaquetopenia. Inmunofenotipo: DR-, CD 13+, CD33+. Estudio citogenético con t(15,17) asociado a trisomía del cromosoma 8. Inició inducción con ATRA + antraciclínicos alcanzando la remisión hematológica y molecular luego de la misma. Realizó tres consolidaciones con antraciclínicos persistiendo en remisión completa. Al inicio del mantenimiento evolucionó con lesiones cutáneas en flanco derecho, región submamaria izquierda e interescapular que fueron biopsiadas constatándose presencia de blastos, sin evidencia de compromiso hematológico. Se realizó punción aspiración de médula ósea, hallándose la misma en remisión completa.El estudio molecular para PML/RAR α fue positivo en médula ósea (MO) y en lesiones cutáneas. Se indicó quimioterapia de reinducción con esquema 7/3, y luego dos ciclos de consolidación con altas dosis de citarabina, logrando la negativización del PML/RAR α en MO y lesiones cutáneas. Posteriormente se realizó trasplante alogénico con dador relacionado, permaneciendo actualmente en remisión completa **Comentario:** la recaída cutánea de la LPA es del 1 al

5% en las diferentes series, por lo cual debe considerarse aún en ausencia de alteraciones hematológicas y en presencia de lesiones inespecíficas cuya biopsia es de vital importancia para establecer el diagnóstico.

166. Recaída extramedular de crisis blástica en leucemia mieloide crónica (LMC) luego de trasplante alogénico no relacionado de médula ósea. Pavlove M., González J., Pisani A., Verri V., Hanono I., Flores M., Goldztein S.

Servicio de Hematología. Hospital Durand. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El trasplante alogénico de médula ósea constituye la única estrategia curativa de la LMC, siendo un factor pronóstico determinante el estadio de la enfermedad en el momento del mismo. La tasa de recaída dentro de los 3 a 5 años es inferior al 20%. La recaída extramedular es infrecuente y corresponde al 0.25%. **Objetivo:** Reportar una recaída extramedular en una paciente con LMC en crisis blástica luego de un trasplante alogénico no relacionado. **Caso Clínico:** Mujer de 31 años con diagnóstico de LMC de 8 años de evolución la cual es sometida a Trasplante no relacionado durante crisis blástica. Alcanza luego del mismo la remisión completa (hematológica, citogenética y molecular). Como complicaciones presenta: enfermedad injerto vs huésped crónica (EIVHC) con respuesta favorable a corticoterapia. Luego de 3 meses desarrolla dolor lumbar y epitroclear bilateral lo que motiva su estudio: en la tomografía abdominal se evidencia gran masa retroperitoneal con desplazamiento de las estructuras vecinas y lesión erosiva de L4 y en RX de brazo, lesión en sacabocado en olécranon; al laboratorio: hemograma, citología e inmunomarcación de la médula ósea normal, LDH aumentada. Se realiza biopsia de masa retroperitoneal con citología e inmunomarcación compatibles con leucemia mieloide aguda. Se indicó tratamiento con imatinib, logrando reducción de la masa del 50%. **Comentario:** La recaída extramedular luego del trasplante de médula ósea es un hecho poco frecuente, que debe ser tenida en cuenta y diferenciarse de otros tumores que pueden desarrollarse luego de trasplante alogénico.

167. Enfermedad de Madelung y Gota. Reporte de dos casos. Mayerhofer Carlos, *Castro de Delrío, Cardozo Norberto, Zamuz Antonio, *Delrío Daniel, Pistoni Horacio.

Servicio Reumatología. Hospital "Duahau". José C. Paz. Buenos Aires. Servicio Clínica Médica. UDH. Hospital Larcade.

Introducción: Se presentan dos pacientes con antecedentes de gota tofácea crónica asociado a Enfermedad de Madelung o Síndrome de Lanois Bensaude o Lipomatosis Múltiple Simétrica (L M S). **Caso Clínico I:** D. A. 65 años, sexo masculino. Antecedentes de enolismo y tabaquismo. Hace 10 años aparición de masas tumorales en cuello, supraclaviculares y región lumbosacra, simétricas, de crecimiento lento. Se agrega al cuadro con posterioridad episodio de podagra y formación de tofo gotoso en codo derecho. Punción biopsia: Masa tumoral, Lipoma. Laboratorio: Uricemia: 9.5 Mg.%; colesterol total 253 Mg.%, HDL 0.41 g/l, Triglicéridos 240 Mg.%, Glucemia 0.95Mg %. **Caso Clínico II :** R.M. 58 años, sexo masculino. Antecedentes de enolismo y gota. Presenta al examen clínico tofos en codos y manos. Lipomatosis en región lumbosacra. Laboratorio: uricemia 7.9 gr%, uricosuria 180 Mg. %, triglicéridos 82 Mg. %, TP: 79 %. Ecografía Hígado Vías biliares y Páncreas: Litiasis Biliar Múltiple. **Conclusiones:** La L. M. S. es una patología de baja prevalencia. Presenta dos variantes clínicas: tipo I: Lipomas simétricos en cuello (aspecto de cuello de búfalo o collar de Madelung). Tipo II: Respeta el cuello y se extiende al resto del cuerpo (aspecto obesidad con extremidades finas). De etiología desconocida, se asocia a trastornos metabólicos: Hiperlipidemia, hiperuricemia, tolerancia disminuida a la glucosa. Trastornos gastrointestinales, diarrea nocturna, psoriasis, fracturas de stress en los huesos del pie, hábi-

to de enolismo y tabaquismo. Tratamiento quirúrgico, cuando compromete estructuras vecinas.

168. La distribución del colesterol de las lipoproteínas en mujeres mayores de 60 años. López G. I., Aisemberg L., Moras A., Rietschel V., Arca F., Schreier L., Wikinski R.

Laboratorio de Lípidos y Lipoproteínas, Dpto. de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Argentina.

La prevención y manejo de la hipercolesterolemia en el adulto (ATPIII) presenta recomendaciones basadas en evidencias sobre la contribución de las lipoproteínas al desarrollo de enfermedad coronaria (EC). La evaluación inicial del paciente comprende un perfil, en ayunas, compuesto por colesterol total (CT), C-LDL, C-HDL y triglicéridos. El cálculo colesterol-no-HDL (C-noHDL), es especialmente importante cuando la concentración de triglicéridos es ≥ 200 mg/dl y sus niveles varían con la edad, el sexo y la obesidad visceral. La expectativa de vida, en mujeres de Buenos Aires, es de 76.5 años. La EC, ocurre con mayor frecuencia después de los 65 años y generalmente convergen múltiples factores de riesgo por cambios en los niveles de colesterol, en el estilo de vida, metabólicos y hormonales. **Objetivos:** Evaluar la distribución del colesterol en las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y en las que contienen apo B, en mujeres > 60 años versus las de ≤ 59 años. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron 1526 estudios lipídico-lipoproteicos de mujeres >60 años, ingresados al laboratorio durante un período de 6 meses. Las lipoproteínas se evaluaron midiendo el colesterol luego de una precipitación selectiva. El C-noHDL, se calculó por sustracción del C-HDL al CT. El grupo control estuvo formado por 274 mujeres < 59 años, estudiadas en el mismo Laboratorio, con TG < 200 mg/dl. **Resultados:** La media de TG en el grupo > 60 fue 123 ± 57 mg/dl ($X \pm DS$). Se observaron diferencias significativas con CT, C-LDL y C-noHDL ($p < 0.0001$), esperado por la diferencia en la edad de los grupos. Es de notar que C-HDL también fue mayor en el grupo > 60 años. El 48 % del grupo de mujeres > 60 años presentó C-HDL > 60 mg/dl. Un subgrupo >77 años no mostró diferencias significativas.

	n	EDAD	CT	C-HDL	C-LDL	C-noHDL
Mujeres >60	1526	73 \pm 7	230 \pm 41	61 \pm 16	145 \pm 38	169 \pm 42
$X \pm DS$		64-82	181-285	43-84	97-194	118-224
$P_{10} - P_{90}$						
Control	274	46 \pm 10	213 \pm 44	54 \pm 14	136 \pm 42	159 \pm 45
$X \pm DS$		28-57	156-270	36-73	83-190	98-211
$P_{10} - P_{90}$						
p			<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001

Conclusiones: Estos resultados se suman a la creciente evidencia de que el C-HDL en la mujeres no disminuye con la edad, quedando por dilucidar si su funcionalidad anti-aterogénica se conserva.

169. Adrenoleucodistrofia ligada al X. Pellene Luis, Ochoa C., Zarza C., Hryb J., di Pasquo A., Mercado F., Ferreiro J.

Servicio de Neurología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina

Es un desorden genético de herencia ligada al X, de etiopatogenia en continua revisión, y cuya principal anomalía bioquímica es la acumulación de ácidos grasos de cadena muy larga tanto a nivel cerebroespinal como en corteza suprarrenal. Aunque hasta la década del setenta se aceptaba que este trastorno afectaba únicamente a la población infantil, en la actualidad no sólo se reconoce la forma adulta, sino que se enfatiza en la detección de mujeres portadoras, casos de compromiso suprarrenal aislado, y aún aquellos sin alteración neurológica ni adrenal evidente. Se presentan tres familias. La primera constituida por una mujer de 35 años asintomática, con potenciales evocados somatosensitivos alterados y normalidad de función suprarrenal; y dos varones de 41 y 18 años, quienes

presentaban respectivamente el fenotipo adrenomielenopático uno, y la variante cerebral con compromiso adrenal el otro; con óbito de este último a esa edad. La segunda familia conformada por diez hermanos, siete varones y tres mujeres. Estas clínicamente asintomáticas. De los hermanos, cuatro (11, 25, 29 y 33 años) padecían la enfermedad, con compromiso cerebral y mielopático de variable severidad; uno fallecido a los once años con diagnóstico confirmado anatomopatológicamente. La insuficiencia suprarrenal se objetivó en los cuatro. La tercera familia, con un único integrante afectado, varón de 32 años, con deterioro cognitivo y motor progresivo aparecido en la adolescencia e insuficiencia suprarrenal acompañante. Singulamente, la pesquisa de este grupo familiar no arrojó antecedentes familiares claros. Se comunica esta serie de casos en virtud de la llamativa variabilidad fenotípica de esta entidad, inclusive dentro del mismo núcleo familiar, traducida ésta en los diferentes grados de discapacidad neurológica y de claudicación de la función adrenal.

170. Análisis del polimorfismo CTLA-4 -318 (C/T) y su asociación a diabetes autoinmune. Caputo M.¹, Cerrone G. E.¹, López A. P.^{1,2}, Massa C.³, Cédola N.^{4,5}, Targovnik H. M.¹, Frechtel G.D.^{1,3}

¹Cátedra de Genética y Biología Molecular. FFYB. ²División Genética. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. ³Servicio de Nutrición. Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan". ⁴Cátedra de Postgrado de Nutrición y Endocrinología. Fac. Cs. Médicas UNLP. ⁵CENEXA (UNLP-CONICET).

Introducción: La diabetes autoinmune es una enfermedad multifactorial causada por interacción de factores genéticos de predisposición y ambientales desencadenantes. El debut más frecuente es de manera abrupta en la niñez y adolescencia (diabetes tipo 1 o DMID) aunque puede ocurrir en pacientes adultos (diabetes autoinmune latente del adulto o LADA), de forma insidiosa, con lento desarrollo de la patología hasta la instauración de la terapia insulínica. La predisposición genética a diabetes autoinmune ha sido asociada principalmente con alelos polimórficos del gen DQB1 del sistema HLA pero otros locus secundarios han sido descritos. Entre ellos, el gen CTLA-4, el cual codifica para una molécula coestimuladora que regula de manera negativa la iniciación y progresión de la respuesta inmune controlando la tolerancia del linfocito T. Varios polimorfismos han sido descritos en distintas zonas del gen e implicados en diferentes enfermedades autoinmunes. **Objetivo:** Análisis de la prevalencia de los alelos C/T del promotor del gen CTLA-4 en individuos normales comparado con pacientes DMID y LADA. **Materiales y métodos:** Se estudiaron 132 individuos normales, 61 pacientes LADA y 120 pacientes DMID. A través de la técnica PCR se amplificó un fragmento del promotor del gen CTLA-4 con primers específicos. Posteriormente se realizó un screening mediante la técnica de SSCP en gel de poliacrilamida al 10% y se confirmó la presencia del alelo T utilizando digestión enzimática con Mse I. El análisis estadístico se realizó con el software GraphPad Instat. **Resultados:** Nuestros hallazgos no encuentran diferencias significativas tanto en la herencia alélica como genotípica. ($p > 0.05$) lo cual se halla reflejado en los riesgos relativos (ORs)

	DMID (%)	LADA (%)	NORMALES (%)	OR ¹ (IC 95%)	OR ² (IC 95%)
CC	103 (85.8)	49 (80.3)	108 (81.8) ^a	1.3 (0.7-2.6)	0.9 (0.4-1.9)
CT	16 (13.4)	12 (19.7)	24 (18.2) ^a	0.7 (0.3-1.4)	1.1 (0.5-2.7)
TT	1 (0.8)	0	0 ^a	ND	ND
TOTAL	120	61	132		

^a $p > 0.05$. OR¹ (DMID/NORMALES) OR² (LADA/NORMALES)

Conclusiones: A pesar de la relación descrita entre el gen CTLA-4 y distintas patologías autoinmunes, nuestros hallazgos

demuestran que este polimorfismo no parece estar asociado a esta enfermedad.

171. Remisión espontánea de la enfermedad de Cushing: reporte de 2 casos. Díaz Adriana G., Gómez Reynaldo M., Pignatta Analia, Dobrovsky Viviana, García Alejandro J., Artese Rosa, Bruno Oscar D.

División Endocrinología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Argentina.

La resolución espontánea de una enfermedad de Cushing es un evento raro e involucra en general a macroadenomas; sólo algunos casos de microadenomas han sido comunicados en la literatura. La apoplejía hipofisaria, un síndrome cuya forma de presentación varía desde muy sutil a un cuadro caracterizado por el comienzo súbito de cefalea, trastornos visuales, vómitos y alteración del estado mental, producido por una hemorragia o un infarto, es una de las causas de remisión y puede provocar un déficit hormonal limitado a la sobreproducción del adenoma o, más frecuentemente, comprometer toda la función pituitaria. Presentamos 2 casos de resolución espontánea de enfermedad de Cushing, un macroadenoma y un microadenoma, con conservación del resto de la función hipofisaria. **Caso 1:** mujer de 32 años con diagnóstico de síndrome de Cushing que presentó un episodio de cefalea intensa, vómitos, trastornos visuales e hipertensión arterial que revirtió tras la administración de hidrocortisona EV. La RMN de hipófisis mostró una masa de 25x25 mm con señal de baja intensidad y compresión del quiasma óptico. A su ingreso a nuestro hospital, presentaba facies cushingoides, estrías pálidas, descamación de la piel en cara y atrofia muscular proximal. Se realizó la exéresis quirúrgica de la masa, informada por el patólogo como necrosis de adenoma pituitario. Cinco meses más tarde, la paciente recupera sus ciclos menstruales y, 3 años después, obtiene un embarazo con parto normal. En su última visita lucía sana, sin signos clínicos de Síndrome de Cushing ni de insuficiencia hipofisaria, aunque el test de hipoglucemia insulínica evidenció respuestas disminuidas de cortisol y GH. La RMN mostró un aracnoidecele parcial. **Caso 2:** mujer de 42 años con diagnóstico de síndrome de Cushing ACTH-dependiente. La RMN mostró un microadenoma de 3 mm en el borde superior derecho de la glándula en contacto con el tallo pituitario. Comenzó tratamiento con Ketoconazol (KTZ) con buena respuesta clínica y normalización de la hipercortisolemia. Un año después suspende por cuenta propia el KTZ con lo que reaparecen los signos cushingoides; un mes más tarde presenta un episodio súbito de severa cefalea frontal, náuseas y vómitos, hipotensión, fatiga severa, astenia, anorexia, pérdida de peso y descamación generalizada de la piel. La RMN mostró la desaparición del microadenoma, sin signos de hemorragia, con depresión del diafragma selar. El laboratorio confirmó la insuficiencia adrenal con conservación del resto de la función hipofisaria. Los síntomas clínicos revirtieron tras la administración de hidrocortisona. Luego de dos años de seguimiento, la paciente presenta ciclos menstruales normales y se encuentra asintomática bajo reemplazo con glucocorticoides. En conclusión, la resolución espontánea de una enfermedad de Cushing por necrosis tumoral es un evento muy poco común cuyo desarrollo debe ser tenida en cuenta ante la aparición de manifestaciones clínicas compatibles y de signos de privación aguda de glucocorticoides, independientemente del tamaño tumoral.

172. Uso de ipodato de sodio en hipertiroideos muy sintomáticos. Antúnez P., Premrou M., Bamberger E., Reidel V., Senderowicz E., Maffei L.

Consultorios Asociados de Endocrinología. Buenos Aires. Argentina.

Con el objeto de evaluar si la aceleración de la respuesta clínica con ipodato de sodio en pacientes hipertiroideos muy sintomáticos (puntuación en escala de hipertiroidismo ≥ 17) persiste en el tiempo, se realizó un estudio caso-control en el que 38 pacientes con enfermedad de Graves-Basedow fueron tratados,

de manera aleatoria, con metimazol 60 mg/d por 30 días e ipodato de sodio 1 g/d los 10 primeros días (grupo MMI + INa, n = 19), mientras que a igual número de controles apareados por similitud de dosajes tiroideos y score clínico de hipertiroidismo basales (hasta ± 1 DS) se les administró sólo metimazol 60 mg/d por 30 días (grupo MMI, n = 19). La puntuación basal en la escala de hipertiroidismo en el grupo MMI + INa fue $24,63 \pm 5,88$ y en el grupo MMI $23,79 \pm 5,02$ ($p = 0,64$), y la T4 basal $21,26 \pm 3,97$ vs $21,27 \pm 3,73$ ug/dl ($p = 0,99$), y la T3 $490,84 \pm 196,25$ vs $486,79 \pm 170,98$ ng/dl ($p = 0,95$) en el grupo MMI + INa y en el grupo MMI, respectivamente. Luego del tratamiento, hubo una diferencia significativa en la variación (Δ) de la puntuación en la escala de hipertiroidismo entre el grupo MMI + INa y en el grupo MMI ($31,11 \pm 5,27$ vs $18,89 \pm 5,02$; $p = 0,001$), mientras que no hubo diferencias en el Δ entre antes y después del tratamiento ni a nivel de la T4 ($12,02 \pm 5,60$ vs $14,36 \pm 4,99$ ug/dl; $p = 0,18$), ni de la T3 ($334,74 \pm 216,1$ vs $361,05 \pm 174,81$ ng/dl; $p = 0,68$). La TSH se presentó inhibida en todos los pacientes al diagnóstico, y dejó de estarlo en 8/19 casos y 14/19 controles. No hubo correlación entre el Δ de la puntuación en la escala de hipertiroidismo y el Δ T4 ni en los casos ($p = 0,26$) ni en los controles ($p = 0,54$), ni entre el Δ de la puntuación en la escala de hipertiroidismo y el Δ T3 en los controles ($p = 0,9$), mientras que se observó una tendencia en los casos ($p = 0,08$). Conclusión: la administración de ipodato de sodio por breve tiempo, asociado a antitiroideos, es una alternativa válida, efectiva y segura para el tratamiento inicial de pacientes hipertiroides que se encuentran muy sintomáticos, ya que acelera la respuesta clínica. La mejoría sintomática no se correlaciona con las variaciones en los dosajes plasmáticos de hormonas tiroideas - excepto por una tendencia entre la disminución de T3 y la reducción de la puntuación clínica-, lo que se explicaría por efectos tisulares extratiroideos y extraplasmáticos del ipodato de sodio.

173. Hipotiroidismo subclínico: respuesta terapéutica y evolutividad. Antúnez P., Premrou M., Senderowicz E., Bamberger E., Reidel V., Maffei L.

Consultorios Asociados de Endocrinología. Buenos Aires. Argentina.

Para evaluar reproducibilidad de la prueba de TRH, efecto del tratamiento con levo-tiroxina, y evolutividad, 42 mujeres con hipotiroidismo subclínico, AFM hasta 1/400 y tiroides hasta 30 gramos, fueron tratadas 1 año con levo-tiroxina y reevaluadas a los 3 meses de suspendida. Motivó la evaluación diagnóstica inicial entre uno a tres de los siguientes síntomas por paciente: astenia (referida por 27 pacientes), alteraciones de faneras (referida por 21 pacientes), dificultades con el peso (referida por 20 pacientes), constipación (referida por 5 pacientes), alteraciones del ciclo menstrual (referida por 5 pacientes) y/o esterilidad (referida por 2 pacientes). Durante el tratamiento, en 18 pacientes mejoraron todos los síntomas (respondedoras R, 42,85%), en 9 pacientes mejoraron alguno/s de los síntomas (parcialmente respondedoras PR, 21,42%), y en 15 pacientes no mejoró ningún síntoma (no respondedoras NR, 35,71%). No hubo diferencias significativas en el valor de TSH pretratamiento entre los 3 grupos ni intratratamiento. Durante el tratamiento, de los tres síntomas más frecuentes el que más mejoró fue la astenia, en 21/27 pacientes que la presentaban, mientras que las alteraciones de faneras mejoraron en 11/21 y las dificultades con el peso en 8/20. A los 3 meses de suspendida la levo-tiroxina, reaparecieron los síntomas en 16/18 de las pacientes R (88,89%), 6/9 de las pacientes PR (66,67%), y no se acentuaron con respecto a antes de recibir tratamiento (ya que no habían mejorado) en ninguna de las 15 pacientes NR (0%), mientras que los síntomas persistieron iguales a la etapa en que recibían levo-tiroxina en 2/18 de las pacientes R (11,11%), 3/9 de las pacientes PR (33,33%), y en las 15 pacientes NR (100%). La prueba de TRH a los 3 meses de suspendida la levo-tiroxina volvió a presentar un $\Delta \geq 25$ en 16/18 R, 5/9 PR y 2/15 NR. No hubo diferencia entre los 3 grupos en el delta de la prueba de TRH pretratamiento, ni entre el delta pre y post-tratamiento en las R ni en las PR, pero sí en las NR en que se redujo de manera significativa. Así, la respuesta

sintomática a la l-tiroxina predice la persistencia del hipotiroidismo subclínico y la reproducibilidad de la prueba de TRH al suspender el tratamiento, y el valor inicial de TSH no predice la respuesta al tratamiento.

174. Hipotiroidismo de distinta severidad y lípidos.

Antúnez P., Premrou V., Reidel V., Diez S., Masjoan F., Senderowicz E., Bamberger E., Mociulsky J., Faraldo M., Maffei L.

Consultorios Asociados de Endocrinología. Buenos Aires. Argentina.

Con el objeto de evaluar la prevalencia de las dislipemias en los pacientes hipotiroideos y el efecto del tratamiento con l-tiroxina sobre los lípidos séricos, se evaluaron los mismos basalmente e intratratamiento en 99 pacientes (17-77 años, x $48,3 \pm 19,1$) con hipotiroidismo (HIPO) clase I a IV (I = 48 pacientes, II = 34 pacientes, III = 11 pacientes, IV = 6 pacientes). Se excluyeron a los pacientes que al diagnóstico y/o durante el tratamiento con l-tiroxina recibieron fármacos que modifican lípidos, y a los diabéticos y/o con enfermedad coronaria o más de 1 factor de riesgo. Tenían colesterol total (CT) elevado, LDL-colesterol (LDL-C) elevado, HDL-colesterol (HDL-C) reducido o triglicéridos (TG) elevados, según ATP III, sobre 48 pacientes con HIPO ° I, 24, 15, 3 y 5, respectivamente; sobre 34 con HIPO ° II, 21, 16, 3 y 8, respectivamente; sobre 11 con HIPO ° III, 9, 8, 0 y 3, respectivamente, y sobre 6 con HIPO ° IV, 6, 6, 1 y 2, respectivamente. Los valores de lípidos basales para cada grado de severidad de hipotiroidismo y la variación de los lípidos al normalizar TSH fueron (DS diferencia significativa):

	HIPO ° I	HIPO ° II	HIPO ° III	HIPO ° IV
CT (mg/dl)	213,5 \pm 36,8 vs 201,8 \pm 36,1 DS	232,9 \pm 47,1 vs 218,5 \pm 35,6 DS	271,2 \pm 61,1 vs 253,2 \pm 63,8 DS	287,8 \pm 61,6 vs 215,8 \pm 17,5 DS
LDL-C (mg/dl)	141,1 \pm 37,1 vs 127,2 \pm 41,7 DS	165,1 \pm 34,8 vs 143,4 \pm 30,9 DS	197,1 \pm 31,9 vs 164,3 \pm 51,5 DS	205,5 \pm 60,4 vs 139,5 \pm 25,5 DS
HDL-C (mg/dl)	50,0 \pm 13,8 vs 53,4 \pm 13,9	50,2 \pm 11,2 vs 56,2 \pm 10,5 DS	53,9 \pm 9,9 vs 59,4 \pm 9,6 DS	55,5 \pm 17,6 vs 49,6 \pm 9,1
TG (mg/dl)	127,9 \pm 66,6 vs 117,3 \pm 63,2	55,4 \pm 70,8 vs 1137,5 \pm 73,5	179,6 \pm 39,9 vs 133,6 \pm 30,8 DS	147,5 \pm 43,6 vs 120,8 \pm 47,1 DS

No hubo correlación entre el índice de masa corporal (BMI) y los niveles de ninguno de los lípidos en ninguna de las cuatro categorías de hipotiroidismo, y la distribución de antecedentes familiares de dislipemia fue similar entre los grupos. **Conclusiones:** 1) la prevalencia de niveles anormales de colesterol total y LDL-C séricos, y sus niveles promedio son mayores cuanto más severo el hipotiroidismo; 2) el tratamiento con l-tiroxina reduce los niveles de colesterol total y LDL-C en todas las clases de hipotiroidismo, siendo el cambio de mayor magnitud cuanto más severo el hipotiroidismo; 3) los efectos sobre HDL-C y TG son menores.

175. Pacientes con síndrome de cabeza caída (dropped head syndrome). Etiología, características clínicas y electrofisiológicas. Hryb J. P., De Ambrosi B., Brizuela J., Duarte J. M., Guma R. C., Bertotti A. C.

Sección de Neurofisiología Clínica. Servicio de Neurología. I.N.A. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

Varios trastornos neuromusculares y extrapiramidales pueden producir la ptosis de la cabeza, ya sea por debilidad predominante de los músculos extensores del cuello o por el tono aumentado de los músculos flexores. El diagnóstico etiológico es importante debido a las diferencias en el pronóstico y la terapéutica. **Objetivo:** evaluar los hallazgos clínicos y electrofisiológicos de los pacientes con ptosis de la cabeza y su diagnóstico. **Métodos:** se estudiaron 14 pacientes adultos, 5 mujeres y 9 hombres, que concurren al laboratorio de Neurofisiología entre los años 2000 y 2004 para la realización de electromiogramas. **Resultados:** todos excepto un caso eran mayores de 60 años. 5 refirieron dolor, 9 presentaron debilidad muscular proximal y distal. En un

paciente se obtuvo un electromiograma normal, en 4 trazados miogénicos y en 7 neurogénicos. Se asoció a enfermedades extrapiramidales en 5 pacientes, y a patologías neuromusculares en 9: miastenia gravis (2), enfermedad de motoneurona (5), miositis (2). **Conclusiones:** los hallazgos son concordantes con las series publicadas, coincidiendo el grupo etario y las etiologías más frecuentes asociadas a este síndrome. La presencia de trazados miogénicos en pacientes con enfermedades extrapiramidales lleva a considerar un proceso miopático localizado asociado. Por el predominio de mayores de 65 años se postula que, sumado a la patología de base, factores múltiples relacionados con la edad (pérdida de tono muscular y de la elasticidad tisular, estiramiento crónico y denervación de los músculos paravertebrales por procesos degenerativos cervicales) podrían intervenir en la patogénesis de este síndrome.

176. EMG de esfínter externo uretral en hombres con retención aguda de orina (RAO). Bertotti A. C., González Primomo S., Ghirlanda J. M.

Laboratorio de Uroneurofisiología y Piso Pelviano. Hospital Alemán. Buenos Aires.

Introducción: Fowler y col. en 1988 describieron una entidad en 1988 en RAO en mujeres jóvenes en las cuales la EMG de esfínter uretral revelaba la presencia de descargas pseudomiótónicas. Bertotti y col en el año 2000 describieron este tipo de actividad anormal en uretra y otros músculos pelvianos en mujeres pre y post menopáusicas. **Objetivo:** Comunicar la presencia de actividad repetitiva anormal durante el reposo en la EMG de esfínter externo uretral (EEEU) con RAO. **Métodos:** Se presentan cuatro varones adultos que presentaron episodios de RAO. Se les efectuaron estudios electrofisiológicos (EMG de EEU, de EEA, reflejos sacros y potenciales evocados pudendos y de unión uretrovesical); estudios urodinámicos y estudios por imágenes. **Resultados:** Los estudios urodinámicos revelaron un patrón obstructivo. Los estudios por imágenes con contraste fueron negativos. La EEEU reveló la presencia de descargas repetitivas simples y complejas durante el reposo, observando también en los tres una falla en la relajación uretral. El multianálisis de UM reveló una duración media prolongada con aumento del área y aumento de la incidencia de potenciales polifásicos en 1/3. Tanto los reflejos sacros como los potenciales evocados cerebrales fueron normales. **Conclusiones:** En pacientes del sexo masculino con RAO también pueden verse durante el reposo EMG descargas repetitivas anormales que pueden generar alteraciones en la micción con déficit en la relajación generando un patrón uretral obstructivo.

177. Mielopatía asociada al HTLV1. Nuestra experiencia hasta la actualidad. Ochoa Cecilia, Pellene Alejandro, Zarza Carlos, Hryb Javier, Ferreiro Jorge.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

La infección por HTLV1 puede producir una mielopatía infecciosa de curso progresivo, caracterizada por paraparesia espástica, trastornos esfinterianos y compromiso sensitivo variable, asociado a títulos elevados de Ac anti HTLV1 séricos y licuorales. La seroprevalencia en bancos de sangre de Buenos Aires es del 0.01 al 0.06%, ascendiendo al 2.3% en el noroeste argentino. Es más frecuente en mujeres en la edad media de la vida, siendo las principales vías de transmisión la sexual, la transfusional y la vertical. Se presentan 4 casos, 3 mujeres y 1 varón entre los 31 y 61 años de edad, no reactivos para el HIV. Todos desarrollaron una mielopatía progresiva con paraparesia espástica, urgencia miccional y trastornos sensitivos leves entre los 8 meses y 10 años previos a la admisión hospitalaria. Dos pacientes presentaban antecedentes transfusionales en Perú y Bolivia. Los estudios de RNM mostraron afinamiento medular en 3 casos. El examen de LCR fue incaracterístico. Todos presentaron títulos elevados de Ac anti HTLV1 en suero y LCR, confirmado por Western Blot en dos de ellos. Solo el 2% de los infectados desarrollan la enfermedad y dado que actualmente su tratamiento se reduce a medidas

sintomáticas, la divulgación de su conocimiento tiene proyecciones especialmente preventivas, más allá de las dificultades diagnósticas que plantea con otras patologías tratables, médicas o quirúrgicas. Finalmente debe señalarse que Sudamérica es considerada un área endémica para la mielopatía asociada al HTLV1 así como para otras patologías asociadas a esta infección.

178. Malformación retinoencefálica. Síndrome de Wyburn-Masson modalidad de evolución. Parra Alberto, Ochoa Cecilia, Porta Oscar, Ferreiro Jorge.

Servicio de Neurología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El síndrome de wyburn-masson, también conocido como bonnet-dechaume-blanc, es una rara facomatosis caracterizada por malformaciones arteriovenosas (MAV) en el sistema nervioso central y en la retina. Esta condición es congénita, sin predilección por sexo o raza. Puede manifestarse asociado a otras malformaciones en diferentes zonas del organismo. **Caso clínico:** Varón de 8 años que consulta por inadvertida amaurosis derecha, sin lesión cutánea. El examen físico evidencio: Amaurosis derecha, defecto pupilar aferente. Atrofia de papila derecha simple (hemangioma racemoso). El potencial evocado visual fue anormal a derecha no así el electrorretinograma. RMN y angioresonancia de encéfalo: lesión hiperintensa en secuencia T1 que se extiende siguiendo el nervio óptico hasta región paraselar, en corte sagital se observa vacío de señal de flujo al mismo nivel. Angiografía digital extra e intracerebral: arteria oftálmica levemente dilatada en asociación con tefido arteriolo-capilar desde la fosa media y región paraselar pasando por el agujero óptico y distribuyéndose en forma intraconal. Se demuestra la vena oftálmica superior dilatada y drenando a la vena facial y sistema angular. **Conclusiones:** Esta malformación arteriovenosa encéfalo-ocular congénita presenta un curso variable en el tiempo no diferenciándose sus complicaciones del resto de las malformaciones vasculares (compresivas, hemorrágicas y trombosis con involución. Su escasa frecuencia asociada a lo poco conocido de su evolución natural plantea controversias terapéuticas en oportunidad de un diagnóstico relativamente precoz como en este caso.

179. Miopatía centronuclear. Lucero C., Ibarra V. A., Duarte J. M., Girardelli M., Sevlever G., Bertotti A. C.

Servicio de Neurofisiología Clínica. Sección de Enfermedades Neuromusculares. Hospital de Clínicas "Jose de San Martín". INA. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La miopatía centronuclear es una miopatía congénita rara que se caracteriza por la presencia de núcleos ubicados centralmente en las fibras musculares. **Caso Clínico:** Se presenta el caso de un paciente de 19 años quien consultó por debilidad muscular proximal de cintura pelviana con dificultad en la deambulación sin oftalmoplejía, sin antecedentes familiares de importancia. Al examen físico se constató debilidad de músculos flexores de cadera observándose una marcha de pato con arreflexia generalizada. En los datos de laboratorio se observó un aumento de los niveles de CPK. La EMG reveló signos de lesión miogénica sin signos de denervación. La biopsia muscular reveló la presencia de lipomatosis interfascicular, con atrofia predominante de fibras tipo 1 y núcleos centrales en alto porcentaje de fibras. Hallazgos compatibles con una miopatía congénita centro nuclear. **Conclusión:** Es importante reconocer que la miopatía centronuclear puede dividirse en tres formas basándose en el tiempo de comienzo y tipo de herencia: la forma neonatal severa, la de inicio en la infancia y la inicio más tardío. Describimos este caso de inicio tardío y esporádico.

180. Médula anclada en un paciente adulto. Ibarra V. A., Guma C., Duarte J. M., Lucero C., González Primomo S. N., Bertotti A.C.

Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Laboratorio de Uroneurofisiología del Hospital Alemán.

Introducción: El síndrome de medula anclada se caracteriza por la fijación de la medula dentro del canal espinal por componentes intra o extradurales; encontrándose localizado el cono medular a un nivel anormalmente bajo. Puede asociarse a diferentes disrafismos espinales. La fijación medular produciría una disminución de la movilidad y tracción del cono generando alteraciones en la microcirculación y en el metabolismo oxidativo mitocondrial. El cuadro clínico puede iniciarse en edad adulta y de manera insidiosa. Este síndrome se caracteriza por síntomas urológicos (vejiga neurogénica, impotencia sexual), sensitivo-motores en miembros inferiores, musculoesqueléticos (cifoescoliosis, pie cavo) o cutáneos (lipoma subcutáneo lumbar, hipertriosis, áreas hiperpigmentadas). Para su diagnóstico la técnica de elección es la RMN de columna lumbosacra y estudios neurofisiológicos. El tratamiento suele ser quirúrgico. **Caso Clínico:** Paciente de 26 años, consulta por presentar episodios de retención urinaria aguda (RAO) desde los 18 años siendo al inicio en forma esporádica, progresando en frecuencia en los últimos 8 meses en los cuales se realiza cateterismos intermitentes cada 5 horas. Al examen físico no se constata déficit sensitivo ni motor. Se realizó RMN de columna cervical, dorsal y lumbosacra que reveló la presencia de una médula anclada. En el estudio urodinámico se observó falta de respuesta del detrusor. Los estudios neurofisiológicos no revelaron alteraciones somáticas. **Conclusión:** Se destaca la importancia de los estudios urodinámicos, neurofisiológicos y por imágenes en el diagnóstico de los pacientes con RAO.

181. Miositis por cuerpos de inclusión. Ibarra V. A., Guma C., Duarte J. M., Lucero C., Brizuela J. A., Giradelli M., Bertotti A. C.

Servicio de Neurofisiología Clínica. Sección de Enfermedades Neuromusculares. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Introducción: La miositis por cuerpos de inclusión es una miopatía inflamatoria frecuente a partir de la quinta década de la vida. Afecta predominantemente a hombres (3:1). Su diagnóstico se basa en las características clínicas, su edad de comienzo, datos electrofisiológicos y hallazgos de la biopsia muscular. **Caso Clínico:** Se presenta el caso de un paciente de 76 años quien consultó por debilidad muscular proximal de miembros inferiores con una evolución lentamente progresiva. En el examen físico se constató debilidad de músculos flexores de cadera con marcada atrofia cuadriceps bilateral, con debilidad de los músculos anterolaterales de pierna izquierda, arreflexia patelar e hiporreflexia aquilea izquierda, sin afección de miembros superiores. El dopaje de enzimas musculares fue normal. La EMG reveló signos de lesión miogénica asociada a potenciales de unidad motora gigantes con algunos signos de denervación en curso. La biopsia muscular reveló la presencia de un proceso inflamatorio caracterizado por un infiltrado de células mononucleares, con fibras musculares vacuoladas con depósito de amiloide intracelular. **Conclusión:** Se destaca la importancia del adecuado diagnóstico de esta entidad más frecuente en hombres, generalmente con debilidad muscular cuadriceps, a veces asimétrica, y que raramente responde al tratamiento habitual de las miopatías inflamatorias.

182. Síndrome de Melkersson-Rosenthal: forma inusual de parálisis facial periférica. Porta O., Còppola L., Parra R., Ferreira J. L.

División Neurología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: la tríada de parálisis facial periférica recidivante, edema orofacial recurrente y lengua plicata constituye el síndrome de Melkersson-Rosenthal, una rara entidad de etiología desconocida. La presentación clásica no cubre el espectro real de la

enfermedad que sólo se la encuentra en el 25% de los casos. **Presentación:** Se presentan 3 mujeres de 35, 22 y 29 años quienes consultaron por parálisis facial periférica. Las dos primeras con antecedentes similares ipsi y contralaterales registrados 13 y 4 años antes. Ellos fueron precedidos y/o acompañados por tumefacción de labio y mejilla bilateral y asimétrico en la primera y homolateral en la otra. La última padeció una prosoplejía aislada que se resolvió adecuadamente y presentó edema de labio del mismo lado un mes y medio después. Los exámenes de laboratorio, imágenes (TAC, RMN) fueron normales así como los electrofisiológicos referidos en su oportunidad. **Conclusión:** dentro de las posibles causas de parálisis facial periférica se debe tener en cuenta a este síndrome, muchas veces subdiagnosticado debido a su desconocimiento y complicado esto aún más por la presencia de formas oligo y monosintomáticas, numerosos signos funcionales acompañantes y la elevada posibilidad que los síntomas no aparezcan simultáneamente.

183. Meningitis carcinomatosa de etiología atípica. Velozo Edson, Brañez Milka, Khal Gladys, Gómez Ariel, Rojas Haroldo, Gnass Ronaldo, Miranda Angel, Torres Hugo.

Servicio de Clínica Médica. Sanatorio Adventista del Plata. Entre Ríos. Argentina.

Introducción: La meningitis carcinomatosa es una complicación seria que ocurre en alrededor del 15% de los pacientes con cáncer. Las neoplasias primarias que con mayor frecuencia presentan esta diseminación incluyen mama, pulmón y melanoma. Describimos un caso de meningitis carcinomatosa de rara etiología y escasamente mencionada en la literatura mundial. **Caso Clínico:** Paciente masculino, 65 años, tabaquista, hipertenso, con antecedente de carcinoma epidermoide del ala de la nariz extirpado dos años antes, que consulta por presentar cefalea occipital progresiva y constante de 1 mes de evolución. Al examen físico presenta lesión eritematosa flogótica, con pústulas, en región parieto-occipital derecha del cuero cabelludo. Al examen neurológico se evidencia hiperreflexia generalizada, con leve hemiparesia facio-braquio-crural izquierda. Babinski negativo. Rigidez de nuca terminal. Kernig y Brudzinski negativos. El resto del examen es normal. La tomografía cerebral muestra un hematoma subdural crónico en hemisferio cerebral derecho. Los análisis de laboratorio arrojaron como datos positivos una leucocitosis de 14700 y eritrosedimentación de 70. La radiografía de tórax fue normal. Se lo interna, se toman hemocultivos, urocultivo y cultivo de lesión de piel y se inicia tratamiento antibiótico. Evolución tórpida con persistencia de la fiebre, extensión de la lesión de piel y aparición de signos meníngeos. Persiste con fiebre y leucocitosis. Todos los cultivos son negativos. Punción Lumbar: perfil bacteriano. Se interpreta como complicación de la celulitis, rotando el esquema antibiótico. Evolución desfavorablemente. Los cultivos y tinciones especiales de LCR fueron negativos. Se decide biopsiar la lesión de piel: Metástasis de carcinoma epidermoide. El paciente fallece a los 33 días del ingreso. Se realiza autopsia: en cerebro y envolturas se evidencia carcinomatosis meníngea secundaria a carcinoma epidermoide de piel. **Conclusión:** El proceso en el paciente comentado se podría explicar debido a que existen en el cuero cabelludo las llamadas venas emisarias de Santorini que drenan su contenido directamente en el seno longitudinal superior. No se conoce hasta la fecha un tratamiento efectivo para estos cuadros. Se han utilizado corticoides y citostáticos intratecales, con escasa respuesta, siendo la sobrevida de alrededor de 3 meses en la mayoría de los casos.

184. Presentación de un caso de fibrohistiocitoma maligno. Drovetta J. M., De Biasi D., Bobrovsky M., Bustos A., Villarroel L., Varesio G., Rolle S.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Rosario. Argentina.

Objetivo: presentar un caso de fibrohistiocitoma maligno de localización inusual. **Introducción:** la prevalencia de tumores

cardíacos es muy baja, del 0,02 al 0,3%. Los tumores secundarios son 20 a 30 veces más frecuentes y los primarios son, en su mayoría, de características benignas. El fibrohistiocitoma es un tumor maligno que representa el 0,1% de los tumores cardíacos primarios. Es un tumor de mesenquimático fibroblástico en diferenciación que tiene predilección por la aurícula izquierda. Ocasiona metástasis múltiples en mediastino y esqueleto (vértebras) y presenta diseminación directa del tumor a estructuras adyacentes como mediastino y pulmón. El tratamiento es controvertido. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un hombre de 40 años que había comenzado dos meses antes con lumbalgia y VES acelerada. La RMI informa lesión vertebral a nivel de L3-L4 sospechosa de secundarismo. Se efectuaron dos biopsias por punción que fueron negativas. Ingresó a nuestro hospital por hemóptisis; se efectuó broncofibroscopia con BAL y TAC de tórax que identificó radioopacidad segmentaria en campo pulmonar derecho con dilatación de venas pulmonares masa en cavidad cardíaca. Se complementan estudios con ecocardiograma que confirma la presencia de tumoración en aurícula izquierda implantada en foramen oval que se extiende hasta venas pulmonares. Se realizó cirugía cardíaca y el informe anatómopatológico confirmó fibrohistiocitoma maligno pleomórfico. **Conclusión:** El fibrohistiocitoma maligno es el tumor de tejidos blandos más frecuente entre la quinta y sexta décadas de la vida; se localiza predominantemente en extremidades y retroperitoneo, aunque también se han reportado en otras localizaciones. La localización cardíaca es infrecuente. Hasta la fecha se han reportado 42 casos, los cuales han recibido tratamiento quirúrgico.

185. Hemangioblastoma cerebeloso y enfermedad de von Hippel-Lindau. Reporte de un caso. Jalon Pablo Gustavo, Campero Alvaro, Ajler Pablo, Azzato Francisco, Yampolsky Claudio.

Objetivo: Comunicar un caso de un hemangioblastoma cerebeloso asociado a la enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL) realizando una revisión bibliográfica. **Introducción:** Los hemangioblastomas pueden presentarse como lesiones esporádicas o como manifestaciones de VHL. Esta diferenciación es esencial para la detección temprana de esta enfermedad. **Descripción del caso:** Hombre de 33 años, sin antecedentes patológicos a destacar, que consulta por un síndrome cerebeloso e hipertensión endocraneana. En la RMN se observa hidrocefalia no comunicante y dos lesiones expansivas, una sólida quística, cerebelosa derecha, y otra sólida a nivel de la porción caudal del IV ventrículo. Se realiza exéresis total de la primera lesión. **Resultados:** La anatomía patológica informó hemangioblastoma. En la TAC de abdomen se evidenciaron múltiples quistes renales, suprarrenales y pancreáticos. Se diagnosticó VHL según los criterios de Melmon y Rosen. **Discusión:** VHL es un síndrome neoplásico autosómico dominante que predispone a múltiples hemangioblastomas del SNC y retina, carcinomas y quistes de órganos abdominales. Un 30% de los hemangioblastomas cerebelosos se relacionan con VHL. Se recomienda un seguimiento estricto de por vida. **Conclusión:** Se debe descartar VHL en todo paciente con hemangioblastoma cerebeloso, ya que el 30% son expresión de esta enfermedad y su detección temprana es fundamental para estos enfermos.

186. Sarcoma granulocítico. ¹Esteva M., ¹Abuchanab M., ¹Contardo D., ¹Piedrabuena Pawelec L., ²Belotti M., ¹di Fonzo H.

¹Primera Cátedra de Medicina. Departamento de Medicina. ²Departamento de Patología. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

El sarcoma granulocítico o cloroma es un tumor mielóide extramedular. Generalmente está asociado a síndromes mieloproliferativos, especialmente con leucemias mieloides agudas. También puede presentarse en el contexto de un síndrome mielodisplásico en transformación blástica y en pacientes con trasplante alogénico de médula ósea. Habitualmente se presenta durante la fase activa de la enfermedad, o como primera mani-

festación de recurrencia, pero puede aparecer en pacientes sin historia de enfermedad hematológica y preceder el desarrollo de una leucemia mielóide aguda, usualmente dentro del año. La forma de presentación como una masa abdominal aislada es sumamente infrecuente y hay muy pocos casos reportados en la literatura médica. Se comunica el caso de una mujer de 59 años con diagnóstico de leucemia mielomonocítica crónica en octubre de 2003; que consultó por un cuadro de astenia, náuseas, vómitos biliosos y epigastralgia, asociado a aumento del diámetro abdominal, de aproximadamente 3 semanas de evolución. Examen físico: abdomen globuloso, blando, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, con una masa de aproximadamente 10 cm de diámetro en fosa iliaca derecha e hipogastrio, de consistencia duroelástica. Examen ginecológico normal. Laboratorio: Hto: 26%, Hb: 8.8g%, VCM 106 fl, leucocitos 115.000 /mm³ con 72% de células monocitoides con atipias, 12% de neutrófilos, 10% de linfocitos, 1% eosinófilos, 5% monocitos. Plaquetas 300.000 /mm³. Frotis: células monocitoides con atipias y neutrófilos displásicos. VSG 15mm/hora. Glucemia 74mg/dL uremia 56mg/dL, creatinemia 1.9mg%, Na136meq/l, K 3.3meq/l, Ca 9.5mg/dL, P 3.0mg/dL uricemia 8.5mg%, LDH 4482 U/l . Sat. O₂ 94% (FiO₂ 0.21). Radiografía de tórax: opacidad basal derecha compatible con derrame pleural derecho. Ecografía abdominal y ginecológica: masa parauterina derecha de 74x60x80 mm con signos de hidronefrosis moderada derecha. TAC de abdomen y pelvis: confirmó los hallazgos previamente descriptos en la ecografía. Se realizó una punción con aguja fina de la masa pelviana bajo control ecográfico. El informe de anatomía patológica fue sarcoma granulocítico. El diagnóstico final fue: sarcoma granulocítico en una paciente con leucemia mielomonocítica crónica en crisis blástica. Se presenta el caso por la forma de presentación atípica en la cual se pudo confirmar el diagnóstico con un método rápido y mínimamente invasivo.

187. Sarcoma de Kaposi asociado a glucocorticoides. Maniotti Riggs M., Chavin H., Martínez del Sel J., Villa R., Pisarevsky A. Petrucci E.

VI Cátedra Medicina. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Introducción: El Sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia multicéntrica con compromiso cutáneo y de órganos internos. Se clasifica en cuatro categorías: Clásico, Epidémico, Iatrogénico y asociado a HIV. La forma clásica afecta a un reducido grupo de individuos, principalmente ancianos de ascendencia mediterránea o europea oriental. La variante endémica compromete a los pobladores de un área del África. El SK epidémico involucra a individuos HIV positivos, preferentemente hombres jóvenes homosexuales. Finalmente el SK iatrogénico se describe como una complicación rara en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor y trasplantados. **Caso clínico:** Mujer de 90 años con antecedentes de hipertensión arterial, anemia ferropénica y púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) de 6 meses de evolución en tratamiento con glucocorticoides sin evidencia de respuesta terapéutica. Ingresó a nuestro servicio por plaquetopenia y lesiones cutáneas de 1 mes de evolución. Examen físico: Lúcida. Tumoraciones de aspecto pápulo-nodular de superficie lisa eritemato-violácea no dolorosas ni pruriginosas en miembros inferiores y cuello. Petequias en miembros superiores, región del escote y abdomen. Laboratorio: Hto 34%, GB:11.000, plaquetas 16000, ESD 25 Serología: VHB, VHC y HIV negativo. Fibroendoscopia alta, fibrocolonoscopia, tomografía tórax, abdomen y pelvis: sin particularidades. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona y posteriormente con corticoides vía oral sin resultado. Se agrega danazol logrando normalizar el recuento plaquetario. La biopsia cutánea efectuada revela cambios histopatológicos compatibles con Sarcoma de Kaposi. La reactivación del Herpesvirus 8 como agente etiológico del SK secundario a inmunodepresión fue comprobada por PCR en la biopsia de piel y en sangre. **Conclusión:** Con el advenimiento de tratamientos inmunosupresores cada vez más agresivos se han publicado en la literatura casos de Sarcoma de Kaposi en pacientes no HIV. No se podido establecer una clara relación entre

PTI y Sarcoma de Kaposi debido que los casos reportados los pacientes estaban bajo tratamiento con glucocorticoides. Nosotros reportamos el caso de una paciente con diagnóstico de PTI bajo tratamiento con corticoides que desarrolló Sarcoma de Kaposi.

188. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Lotero Polese Julio C.¹, Pini Alejandra M.², Paredes Sebastián¹

¹División Gastroenterología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. ²Servicio de Oncología. HMC 601 "Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich". Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Los GIST son neoplasias de origen mesenquimático derivadas de las células de Cajal que expresan el marcador c-kit/CD117. Se localizan predominantemente en estómago (50%), intestino delgado (30%), colon (10%) y esófago (5%). Los EGIST (extragastrointestinales) representan el 5%. Las expresiones clínicas de los GIST son inespecíficas y dependen del órgano afectado y el tamaño tumoral. Existen tres patrones morfológicos: fusocelular (70%), epiteloide (20%) y mixto (10%). El comportamiento depende del tamaño tumoral, localización e índice mitótico. El bloqueo de la proteína KIT con imatinib ha demostrado ser efectivo, sin embargo, el tratamiento electivo es la cirugía con intención curativa. La radioterapia es limitada y la quimioterapia inefectiva. **Objetivo:** Se presentan dos casos clínicos con distintos factores predictivos de comportamiento biológico. Se muestran resultados. *Caso 1:* Mujer, 60 años. Ingresa por hemorragia digestiva y descompensación hemodinámica. Ingesta de AINE_s (+). *Veda:* En techo gástrico, lesión elevada de aspecto submucoso con úlcera central. *Biopsia endoscópica:* hallazgos incharacterísticos. *Ecoendoscopia:* Lesión hipocóica dependiente de la submucosa sin compromiso de la muscular propia. *TAC:* Formación polipoidea en techo y pared posterior del estómago, sin infiltración de fascias vecinas, sin adenopatías locoregionales. *Laparotomía:* Tumorectomía. *Histopatología:* Proliferación neoplásica submucosa constituida por células ahusadas, índice mitótico 10/50x HPF. *Inmunomarcación:* (+) para CD117, CD34 y SMA. Límite de resección libre de tumor. Evolución favorable, sin alteraciones en el control clínico, humoral y endoscópico al año. *Caso 2:* Varón, 53 años. Ingresa por hepatomegalia dolorosa. Antecedentes de polipectomía endoscópica 3 años antes informada como leiomioma. *Ecografía:* Imágenes focales hepáticas. *TAC:* Imágenes focales hepáticas compatibles con secundarismo. *PAAF:* (punción aspiración con aguja fina): células pleomórficas. *Inmunomarcación* (muestra hepática y de la pieza tumoral extirpada 3 años antes): (+) para CD117 y VIM. SMA (-). Inicia tratamiento con imatinib 400 mg/día con buena tolerancia. Evolución favorable, sin alteraciones en el control clínico, humoral y tomográfico al año. **Conclusiones:** El conocimiento biológico molecular de los GIST permitió un avance en el diagnóstico, categorización y tratamiento de los mismos.

189. Pseudotumor inflamatorio idiopático orbitario bilateral con extensión intracraneana. Comunicación de un caso. Holguín Díaz Jorge, Gonzáles Abatí Santiago, di Masi Gilda, Jalón Pablo, Dobarro Juan Cruz, Pallavicini Mariano, Campero Alvaro, Carrizo Antonio.

División Neurocirugía. Instituto de Neurociencias Aplicadas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Describir un caso de un pseudotumor inflamatorio orbital idiopático bilateral con extensión intracraneal. **Metodología:** paciente de sexo femenino, 46 años con trastornos del campo visual, se realiza campo visual computarizado donde se evidencia severo compromiso bilateral, por tal motivo se solicita RNM donde informa lesiones bilaterales intraconales e intraorbitarias. Por tal motivo se realiza una biopsia por craneotomía. **Resultados:** La anatomía patológica informo una lesión linfoproliferativa por tal motivo se inicia tratamiento con corticoides por seis semanas y luego se suspende paulatinamente. El seguimiento alejado evidencio mejoría en la agudeza visual. El PII de órbita se

reconoce como una entidad inflamatoria inespecífica, no neoplásica, localizada o difusa que semeja el comportamiento de un tumor y que representa un cuadro de etiología desconocida. Representa el 4,7 al 6,3% de la patología orbitaria, con una edad media de presentación de 45 años y con un predominio del 66,2% en el sexo femenino. La presentación bilateral se encuentra en el 26% de los casos. Su forma de presentación puede ser aguda (64,7%) con instalación en horas o días del cuadro inflamatorio –dolor periorbitario y con los movimientos oculares, marcado exoftalmos, edema palpebral, quemosis y con poco compromiso de la agudeza visual– o bien crónica (35,3%) con evolución en meses de manera insidiosa-discreto exoftalmos con o sin alteraciones en la visión y / o la motilidad ocular. Se han comunicado 18 casos por tener extensión intracraneana. Un análisis de los mismos demuestra que los síntomas principales fueron disminución de la agudeza visual (94%), ptosis (83%), dolor facial (50%) y disminución de la motilidad ocular (44%). La extensión hacia la fosa media (67%) y hacia el seno cavernoso (56%) fueron los sitios mas comunes. La extensión a través a la fosa craneal anterior se observó en un solo paciente (6%). El caso presentado por nosotros se extendió a la fosa craneal anterior a través del canal óptico. La rara combinación de bilateralidad y extensión intracraneana de nuestro caso plantea como diagnósticos diferenciales a los meningiomas de la vaina del nervio óptico, gliomas del nervio óptico, granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, procesos infecciosos (bacterias, hongos, tuberculosis), metástasis y linfomas orbitarios. **Conclusión:** La presencia de lesiones de órbita bilaterales, crónicas y con extensión intracraneana, aunque raramente, obligan a pensar en PII entre los diagnosticos diferenciales.

190. Fibrinólisis severa asociada a un cáncer de próstata (CP) de cuatro años de evolución. Melillo L., Pereira M., Anaya L., Mussio I., Rojas F., Brodsky A., Carbia C., Calahorra R.

División Hematología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Presentación de un paciente con CP de 4 años de evolución con tratamiento convencional hormonal y radioterapia, que presentó un cuadro severo de fibrinólisis primaria. **Materiales y métodos:** Paciente de 68 años, antecedentes de CP con metástasis vertebrales y costales, recibió tratamiento con bloqueo androgénico por un año más radioterapia. Suspendió tratamiento hormonal el 9/9/03 persistiendo PSA de 200. Consultó el 13/9/03 por cuadro de un mes de evolución de hematomas espontáneos y ptequias en miembros, agregándose disnea; consumo 1500 mg de AAS 9 días antes. Se constató hematoma del piso de la boca con compromiso de tejido cervical y lengua. Diagnóstico al ingreso de hematoma sofocante del piso de la boca. Presentó Hto25%, GB8000, plaquetas 121000, Tiempo de Protrombina (TP) 67%, KPTT38", Fibrinógeno (F) 91. Frotis de sangre periférica sin hallazgos importantes con plaquetas normales. Requirió traqueostomía de urgencia sin ARM. Se transfundió crioprecipitados (C) y glóbulos rojos. Presentó evolución del hematoma. Nuevo laboratorio TP64%, KPTT39", F153, PDF160, DD5,68. Se sospechó actividad fibrinolítica por lo que se inició tratamiento con ácido aminocaproico (AA). El 15/9, Hto30%, Hb10,1, GB6500, creatinina 1,0, urea 42, TP66%, KPTT42", Tiempo de Trombina 21, F195, Factores II80%, V66%, VII-X70%, VIII74%, IX76%, PDF>20, DD>2, Lisis de euglobulina (LE) 30'. Evolucionó favorablemente, sin progresión de hematoma ni nuevos sangrados bajo tratamiento con AA 30gr/día EV y 6 gr VO, C según nivel de F. La LE persistió acortada. El 6/10 inició tratamiento oncológico con Taxotere, recibió 5 ciclos. A partir de allí se evidencio mejoría en la LE y menor requerimiento de AA (36 gr/día VO), sin requerimiento de C. **Conclusiones:** Presentamos un enfermo con CP y fibrinólisis primaria que respondió al tratamiento con AA en forma intensiva. Se logró disminuir las dosis de AA y controlar el cuadro con el agregado de quimioterapia. Dentro de las complicaciones hemostáticas en pacientes oncológicos, la fibrinólisis no es lo más frecuente (lo más frecuente es trombosis,

CID). Además del tratamiento de la complicación hematológica, es importante iniciar en forma inmediata el tratamiento de la enfermedad de base.

191. Dosaje de ácido láctico en líquido cefalo raquídeo (LCR). González Alejandra, Miguez Marcela, D'assoro Alejandra, Cremaschi María Blanca, Baudagna Graciela, Villaverde Marcelo, Di Bartolomeo Susana, Balconi Silvia.

Servicio de Clínica Médica. Servicio de Laboratorio. Hospital Nacional Alejandro Posadas. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Determinar el valor de ácido láctico en el LCR en los pacientes con enfermedad meningea. **Metodología:** Se analizaron 64 muestras de LCR de adultos, en un estudio retrospectivo de Julio de 2003 a Marzo de 2004. Se realizaron determinaciones físico-químicas, bacteriológicas (directo y cultivo para gérmenes comunes, hongos, y micobacterias), y citológicas. Se dividieron las muestras según el diagnóstico de la afección meningea y fueron agrupados en 6 categorías: Grupo control (n= 26), meningitis bacterianas (n=12), meningitis micóticas (n=11), meningitis carcinomatosas (n=6), meningitis virales (n=5), meningitis tuberculosa (n=4). El promedio del valor de ácido láctico en el grupo control fue de 2,05 mmol/L; en meningitis carcinomatosas 1,8 mmol/L; en las micóticas 3,03 mmol/L; tuberculosas 5,87 mmol/L; y en las bacterianas 9,74 mmol/L. El valor de ácido láctico presentó una correlación negativa con el índice de glucorraquia/gluceemia y positiva con el número de neutrófilos en LCR. Los dosajes más bajos fueron observados en el grupo control y carcinomatosis meningea (menores de 3,7 mmol/L), seguido de las meningitis micóticas y virales (entre 3,7 y 6,2 mmol/L); valores intermedios en meningitis tuberculosa (rango de 3 a 8,4 mmol/L) y los más elevados se encontraron en las meningitis bacterianas (rango 2,4 a 18,9 mmol/L; mediana de 8,1). Un único valor fue inferior a 5 mmol/L en un paciente con sepsis intrahospitalaria por germen resistente que recibía antibióticos previos. El valor de ácido láctico en las meningitis bacterianas presentó una correlación positiva con el número de neutrófilos en LCR. No se correlacionó el aumento del mismo con la presencia de otras células como las neoplásicas en las meningitis carcinomatosas. **Conclusiones:** El valor del ácido láctico en LCR es un parámetro complementario para el diagnóstico diferencial de enfermedades meningeas.

192. Ceruloplasmina: determinación de su actividad ferroxidasa, valores de referencia. González Analía, Yapur Viviana, Bustos Fernanda, Bustos Daniel, Negri Gustavo.

Lab. de Enzimas. Dpto de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La ceruloplasmina es una α_2 glicoproteína de síntesis hepática con actividad ferroxidasa que cumple un rol importante en el metabolismo del hierro. Aumenta su concentración en los procesos inflamatorios, siendo considerada reactante de fase aguda. Su determinación habitual se realiza por Inmunodifusión Radial. **Objetivo:** Realizar un método automatizado para medir la actividad enzimática de ceruloplasmina, determinar los valores de referencia para el mismo en nuestra población y correlacionarlo con el método de inmunodifusión radial. **Materiales y Métodos:** Medida de la actividad enzimática de ceruloplasmina sérica: El método consiste en la oxidación del $\text{Fe}(\text{NH}_4)_2(\text{SO}_4)_2 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$ por la ceruloplasmina. El Fe^{++} remanente forma un compuesto con el reactivo cromogénico 3-(2-piridil)-5,6-bis(2-[5-furilsulfonato])-1,2,4-triazina. La diferencia entre el Fe^{++} antes y después de la reacción indica la cantidad de sustrato oxidado por la ceruloplasmina y por lo tanto su actividad enzimática en la muestra. Medida de la concentración proteica de ceruloplasmina: Utilizando el método de Inmunodifusión Radial (DIFFU-PLATE. Biocientífica S.A.) Los valores de referencia se obtuvieron a partir de muestras provenientes de 122 dadores de banco de sangre. Treinta y tres muestras de pacientes cuya

concentración de ceruloplasmina fue medida previamente por IDR fueron utilizadas para establecer la correlación entre la concentración proteica y la actividad enzimática. **Resultados:**

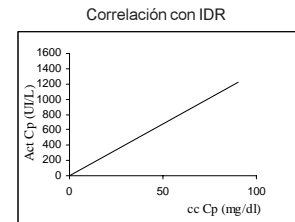
Actividad Enzimática de Ceruloplasmina (UI/L)

	Mujeres n=51	Hombres* n= 71
X	610	565
DS	93	84
V.R (X +/- 2DS)	424 - 796	397 - 733

V.R.: Valores de Referencia

* p < 0,01

CV% = 0,7%



Conclusiones: Los valores de referencia obtenidos para la población del Hospital de Clínicas coinciden con los publicados previamente, siendo los correspondientes a mujeres y hombres significativamente diferentes (p < 0.01). El método que hemos utilizado presenta una correlación estadísticamente significativa con la inmunodifusión radial (R²= 0.8926; p < 0.01). Ofrece la ventaja de evaluar la ceruloplasmina enzimáticamente activa en forma rápida, precisa y sencilla. Dado que algunos pacientes con enfermedad de Wilson presentan una concentración normal de ceruloplasmina pero funcionalmente inactiva, consideramos a este método de gran utilidad frente al método inmunológico en esta patología.

193. Importancia de la prueba de antiglobulina directa en la práctica clínica. Bastos C. F., Rey J. A., Deutsch G., Rial J., Tomeo A. J., Papurello H., Kohan A. I.

Departamento de Hemoterapia e Inmunohematología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Fundamento: La prueba de la antiglobulina humana directa (PAD) es utilizada en la caracterización de las anemias hemolíticas para definir procesos inmunes. **Objetivo:** Estudiar las características clínicas y serológicas de los pacientes con solicitud de PAD. **Materiales y métodos:** entre el 6/5/96 y el 18/9/03 se recibieron 727 pacientes para su estudio. De esta población fueron seleccionados 278 pacientes, 188 mujeres (M) y 90 hombres (H). En ellos se realizó PAD en micro columnas de gel (DIAMED) (PADG) y/o en tubo (PADT). La reactividad fue evaluada también utilizando sueros mono-específicos: anti-IgG (PADTG), -C' (PADTC), -IgA (PADTA), y -IgM (PADTM). Para el análisis estadístico se usó la prueba de chi cuadrado (χ^2) y el test de Fisher. **Resultados:** De los 278 pacientes, 240 presentaron diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune (AHAI), 162 M y 78 H y 39 fueron reacciones hemolíticas post Transfusionales (RHPT), 26 M y 12 H. De las AHAI fueron idiopáticas 111 (46,25%) y 129 secundarias (53,75%), estando vinculadas a: 45 (34,8%) a enfermedad hematológica, 34 (26,4%) a enfermedad infecciosa, 30 (23,3%) a LES, 14 (10,8%) a tumores y 6 (4,7%) a colagenopatías. Serológicamente, el PADG fue positiva en 276 estudios de 298, mientras que PADT fue positiva en 258 (χ^2 5,3579, p=0.0206). Cuando el paciente presenta PADTA, PADT fue positiva en 74 pacientes mientras que PADG fue positiva en 61 de los 74 (p(Fisher)=0.0000). El patrón de reactividad IgG y C' de las AHAI en los que se realizó fue: 56 PADTG + sólo (35,5%), 59 PADTG y PADTC + (37,4%), 43 PADTC + sólo (27,2%). En las RHPT se eluyó un anticuerpo anti-Rh en el 53,9% (21), por ABO en el 17,9% (7), por K el 15,4% (6), y por otros el 12,8% restante. En dos de los casos de RHPT la PADG y la PADT fueron negativas eluyendo anticuerpos de significado clínico. **Conclusiones:** La PAD permite caracterizar tanto las AHAI, primarias o secundarias, como las RHPT. La PADG fue más sensible que la PADT. La PADT es más sensible que la PADG cuando el anticuerpo involucrado es una IgA. Ante la sospecha de una RHPT, el eluido debe realizarse independientemente de un resultado PADT y/o PADG negativo. El hallazgo RHPT con anticuerpos que deberían haber sido detectados en la prueba de compatibilidad obliga al planteo de pruebas de mayor sensibilidad en el estudio de los pacientes a transfundir.

194. Marcadores bioquímicos en líquido amniótico (LA) en embarazadas de riesgo. Di Carlo M.B.*, Muzietti S. D.*, Pugliese M. N.*, Calcagno M. L.**; Negri G. A.*

*Dpto. Bioquímica Clínica. **Dpto. Físico-Matemática. FFyB. UBA. Argentina.

La madurez fetal es consecuencia de una serie de modificaciones en los distintos órganos fetales, a fin de que puedan adaptarse a la vida extrauterina. Desde el laboratorio se intenta ofrecer métodos de diagnóstico de las alteraciones del crecimiento y desarrollo fetal para disminuir las complicaciones asociadas al embarazo. La hipertensión gestacional (HTA), el retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU) y la diabetes (DBT) son patologías en las que se impone conocer el estado de madurez fetal. El examen del LA puede encaminar una conducta obstétrica adecuada. Los marcadores de la madurez pulmonar (MPF) son: Lecitina / Esfingomielina (L/E), método patrón que requiere de técnicas especiales para su realización; el índice enzimático: fosfatasa alcalina termolábil/gammaglutamiltranspeptidasa (FATL/GGT), no suficientemente estudiado, y el conteo de cuerpos lamelares (CL), que requiere microscopía electrónica. Para el estudio de evolución de otros tejidos (hígado, hueso, riñón y placenta) están descriptos parámetros como: alaninoaminotransferasa (ALT), spartatoaminotransferasa (AST), fosfatasa alcalina placentaria (Plac), fosfatasa ácida (FAC), pseudocolinesterasa (Che), 5' Nucleotidasa (5'Nu), amilasa (Ami), glucosa (Glu), urea (U), creatinina (Cr), ácido úrico (AU) y lácticodehidrogenasa (LDH). **Objetivo:** Estudiar los marcadores mencionados en el LA de pacientes embarazadas, con patologías de riesgo, a las que se siguió clínicamente hasta el momento del parto. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 50 LA obtenidos por punción laparoscópica. Las embarazadas (29-38 semanas) fueron divididas en tres grupos: HTA, RCIU y DBT. En ellos se determinaron los parámetros bioquímicos: L/E por cromatografía en capa delgada; CL en contador electrónico Celldyn (Abbott); Fosfatasa alcalina (pre y post inactivación térmica a 65°C-15 min), GGT, ALT, AST, Fac, Che, 5'Nu, Ami, Glu, U, Cr, AU y LDH, por métodos internacionalmente aceptados, en autoanalizador Hitachi 917. **Resultados y Conclusiones:** Observamos que el índice L/E se encuentra en pacientes HTA y DBT aumentado con relación a RCIU en forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$), pudiendo inferir que en estos pacientes puede encontrarse acelerada la MPF; que la determinación de Che se encuentra aumentada en pacientes con RCIU con relación a HTA y DBT en forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$), relacionándose con la alteración del metabolismo hepático fetal; y que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las tres patologías para el resto de los parámetros bioquímicos estudiados.

195. Valor diagnóstico de la búsqueda de espermatozoides en orina post masturbación. Ariagno J. I., Mendeluk G. R., Pugliese N. M., Sardi S. L. M., Acuña C., Repetto H. E. H., Curi S. M.

Depto. de Bioquímica Clínica. Facultad de FFyB. UBA. Proyecto UBACYT. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Objetivo: Determinar si la sola identificación de espermatozoides en orina post-masturbación confirma el diagnóstico de retroeyaculación. **Materiales y Métodos:** En el período comprendido entre 1983 y 2002 se estudiaron 87 muestras de orina post-masturbación de pacientes con sospecha de retroeyaculación. Se efectuó recuento espermático y la determinación del volumen urinario; el estudio seminal se realizó según normas O.M.S. Las muestras se clasificaron en 4 grupos de acuerdo al hallazgo de espermatozoides: grupo A) espermatozoides en semen y orina (n:47), grupo B) espermatozoides sólo en orina (n:7), grupo C) espermatozoides sólo en semen (n:7), grupo D) ausencia de espermatozoides en semen y orina (n:26). Se incluyó un grupo control de pacientes no retroeyaculadores (n:27). **Expresión de resultados:** Número total de espermatozoides en orina (EO); índice de retroeyaculación (IR). $IR (\%) = [EO / (EO + \text{espermatozoides en semen})] \times 100$. **Resultados:**

Grupos	Espermatozoides en semen	Volumen de semen (ml)	Espermatozoides en orina (EO)	IR (%)
A	38.4x10 ⁶ ; 6.0x10 ⁶ ; 155x10 ⁶	1.20; 0.60; 1.90	5.6x10 ⁶ ; 7400; 39x10 ⁶ 26x10 ⁶	10.64; 0.09; 48.87 100
B	0	0.00001; 0; 0.1	8.7x10 ⁶ ; 29.8x10 ⁶	-
C	156000; 45100; 595000	4.3; 3.5; 5.0	0	-
D	0	1.35; 0.8; 3.0	0	-
Control	92.4x10 ⁶ ; 16.49x10 ⁶ ; 357.05x10 ⁶	2.85; 2.02; 3.80	1118; 133; 7912	0.0021; 0.0003; 0.0307

Datos: mediana; percentilo 25; percentilo 75.

De acuerdo a la NCCLS el percentilo 2.5 y 97.5 del grupo control definen los límites de referencia. Valores superiores al percentilo 97.5 de dicho grupo permitirían identificar a los pacientes retroeyaculadores (EO: 3.8x10⁶; IR: 2.16%). **Conclusión:** La sola presencia de espermatozoides en orina post-masturbación no es prueba diagnóstica de retroeyaculación. La evaluación del índice propuesto, el número total de espermatozoides en orina y el volumen seminal permiten aproximarse al diagnóstico de certeza.

196. Fosforilación de proteínas en tirosina en espermatozoides humanos de pacientes asteno-zoospermicos en condiciones capacitantes. Sardi S. L. M., Mendeluk G. R., Chenlo P., Blanco A. M.

Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Proyecto UBACYT. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

La fosforilación de proteínas en tirosina, es una señal química asociada a la vía de la PKA, que está implicada en la fisiología del espermatozoide en el proceso de fertilización: la capacitación-reacción acrosomal y el movimiento hiperactivo. El objetivo de este trabajo fue estudiar en pacientes astenozoospermicos: a) la recuperación de espermatozoides con movilidad traslativa lineal rápida luego de selección espermática por sobrenado y b) la movilidad y fosforilación de proteínas en tirosina en la cola del espermatozoide en condiciones capacitantes. **Materiales:** Sémenes analizados de acuerdo a las normas propuestas por OMS (n:5). **Diseño experimental:** eyaculado, post-selección por sobrenado e incubación en medio capacitante a 37°C y 5% de CO₂ (5hs). **Métodos:** movilidad subjetiva e inmunocitoquímica en improntas. **Resultados:**

	EYACULADO		SOBRENADO		CONDICIÓN CAPACITANTE	
	Ga%	Gb%	Ga%	Recuperación (Ga/Ga)%	Hiperactivos %	espermatozoides fosforilados%
1	1	33	90	333	95	26
2	20	35	98	86	85	49
3	5	28	95	42	95	48
4	1	37	95	990	95	82
5	20	33	98	57	95	31

Conclusión: tanto la respuesta al mejoramiento como la fosforilación en tirosina fue diferente en cada una de las muestras astenozoospermicas estudiadas; por lo que las astenozoospermias no responden a un patrón que podamos predecir, lo que también en este tema confirma su origen multifactorial.

197. Valoración de calidad de vida relacionado con la salud mediante el cuestionario EURO-QOL aplicado a un relevamiento poblacional. Militello Claudio, Repetto Horacio, Franco Alejandro, Catalano Nora, Benassi Marcelo, Romano Eduardo, Obregón Sebastián, Lerman Jorge.

División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Argentina.

Se llevó a cabo en nuestro Hospital un relevamiento abierto a la comunidad orientado a pacientes con arritmias. En el mismo

se aplicó a cada individuo el cuestionario de calidad de vida EuroQol (EQ-5D). **Objetivos:** Evaluar el perfil de calidad de vida de la población participante. **Método:** El EQ-5D es un cuestionario genérico, internacional y estandarizado diseñado para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud. Incluye 5 áreas básicas (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor / malestar, ansiedad / depresión) y 3 niveles de calificación para cada dimensión (1- sin problemas, 2- algunos problemas, 3- muchos problemas). **Resultados:** Se entrevistaron un total de 317 personas(p), el rango de edad fue de 19 a 88 años, con una media de $58,8 \pm 15,2$ años. El 65% eran mujeres. El 51,7% (164p) no tenía cobertura médica. La distribución de los principales signos y síntomas fue la siguiente: palpitaciones 147p (46,3%), síncope 11p (3,4%), mareos 63p (19,8%), trastornos electrocardiográficos 85p (26,8%). **Medición de calidad de vida:** Completaron el cuestionario EQ-5D 317p. El score total promedio fue de 67 ± 21 . Al compararse la media del puntaje de calidad de vida obtenido se observaron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes grupos: p asintomáticos 72 puntos (IC95% 69-76) vs. p sintomáticos 64 puntos (IC95% 61-67) $p < 0,001$, p sin palpitaciones 71 puntos (IC95% 68-74) vs. p con palpitaciones 63 puntos (IC95% 59-66) $p < 0,001$, p sin mareos 70 puntos (IC95% 68-73) vs. p con mareos 55 puntos (IC95% 50-59) $p < 0,0001$, p sin disnea 69 puntos (IC95% 67-72) vs. p con disnea 55 puntos (IC95% 49-61) $p < 0,0001$. **Conclusiones:** 1- La mayoría de los individuos no presentaron problemas en las áreas de movilidad, cuidado personal y capacidad de llevar a cabo las actividades cotidianas. 2- Más de la mitad de la población refirió algún grado de dolor / malestar o ansiedad//depresión. 3- El puntaje total de calidad obtenido por medio del cuestionario EQ-5D fue significativamente menor en aquellos pacientes que consultaron por síntomas (palpitaciones, mareos, disnea) respecto de los asintomáticos.

198. Experiencia del grupo de apoyo social y calidad de vida en la enfermedad de Parkinson. Pecci Cristina, López Leticia, Alén Greco Lorena, Juárez María Elena.

Programa de Parkinson y Movimientos Anormales. Departamento de Salud Mental. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

El proceso de tratamiento y rehabilitación supone un enfoque integral e implica el uso racional de procedimientos médicos, farmacológicos, psicológicos, sociales y educacionales. A partir de la teoría general de los sistemas, consideramos que el grupo de apoyo social, en el contexto hospitalario y bajo supervisión profesional pertinente, puede ser utilizado como un sistema de retroalimentación positiva con la finalidad de reforzar la relación médico-paciente y sostener la voluntad de rehabilitación física y psicosocial de las personas afectadas. En él pueden desarrollarse diferentes estrategias de aprendizaje para comprender y manejar mejor las limitaciones relacionadas con la enfermedad, favorecer el proceso de adaptación y reforzar conductas saludables. El grupo de pares puede ser fuente de información y de confrontación relevante de ideas. La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica, progresiva y crónica. Su impacto sobre la calidad de vida se observa en el deterioro de la movilidad física, la pérdida de la autonomía e independencia, el aislamiento social y reacciones emocionales asociadas. El **objetivo** de esta experiencia fue conformar y mantener un grupo de apoyo social para personas con la enfermedad de Parkinson en el que, desde un clima de tolerancia y aceptación, se pudieran llevar a cabo a) actividades de promoción de la salud b) talleres educativos sobre temas relevantes al manejo de la enfermedad y c) tareas de seguimiento de la calidad de vida de las personas participantes. **Metodología:** se estableció un lugar, día y un horario semanal de encuentro para el grupo; el grupo se autodenominó GEPA (Grupo de Enfermos de Parkinson en Acción); se logró la colaboración voluntaria y sistemática de profesores graduados universitarios de yoga y de música; se planificaron y difundieron las actividades; se aplicó un cuestionario para evaluar el clima del grupo según metodologías establecidas en estudios de otros

países; se aplicó un cuestionario específico de calidad de vida en la enfermedad de Parkinson estandarizado para su uso en distintos países. **Resultados:** entre mayo de 2003 y mayo de 2004 se realizaron 37 reuniones con una presencia promedio de entre 20 y 25 personas por reunión. En 100 evaluaciones de clima grupal realizadas, los integrantes consideraron que el clima del grupo era de interés y simpatía (80.0%), con intercambio de opiniones sobre actividades (87.0%) o sobre vivencias ((76.0%) sin roces o enojos entre los integrantes (92.0%) ni distanciamientos (74.0%) ni rechazos (84.0%). De las 25 evaluaciones de calidad de vida, en 18 de ellas se pudo realizar un seguimiento a los 4 meses. Doce de éstos mostraron puntajes superiores; en seis casos disminuyó el puntaje total de la escala de CV. **Conclusión:** en el Hospital es útil incluir el grupo de apoyo entre pares, con supervisión profesional, como parte de la estrategia de tratamiento y rehabilitación social de enfermedades que acentúan la situación de aislamiento social. Favorece la solidaridad entre pares, refuerza las capacidades de afrontamiento mediante programas y talleres educativos, promueve la adhesión al tratamiento y sirve para el monitoreo cercano de la calidad de vida.

199. Evaluación de la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 1 con insulinoterapia intensificada. Lombardo Fabio Martín, Ruiz Morosini María Lidia, Ruiz Maximino.

División Diabetología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Medicina. UBA. Argentina.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 1 (DMI-1) tratados con múltiples inyecciones de insulina diaria. **Material y métodos:** Se estudiaron pacientes con DM-1 en tratamiento intensificado de insulina con múltiples inyecciones diarias, aceptando contestar un cuestionario para evaluar diferentes aspectos que hacen a la calidad de vida. Fue utilizado el Diabetes Quality of Life (DQOL) elaborado por el grupo del Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) especialmente realizado para tratamiento intensificado de insulina, adaptado, traducido y avalado a través de un estudio realizado en Cataluña (España) entre 1992 y 1994. El DQOL es un cuestionario de 46 preguntas, que no identifica tipos específicos de tratamiento (bomba de insulina o inyecciones convencionales) ni autocontrol (sangre u orina). Está compuesto por cuatro subáreas: 1) satisfacción (15 preguntas); 2) impacto (20 preguntas); 3) preocupación social/vocacional (7 preguntas), y 4) preocupación relativa a la diabetes (4 preguntas). Las preguntas se realizaron desde tres perspectivas: a) impacto generado por la diabetes; b) la satisfacción del paciente consigo mismo, y c) la preocupación por los efectos de la diabetes. La selección de pacientes se realizó según los siguientes criterios: a) pacientes adultos que presentan diabetes insulino dependiente, de edades comprendida entre 24 y 52 años; b) evolución de la diabetes y del tratamiento con insulina superior a un año; c) nivel cultural mínimo de estudios primarios, capaces de comprender un cuestionario; d) ausencia de complicaciones invalidantes (amaurosis, amputaciones y/o insuficiencia renal terminal). Las respuestas se elaboraron en los cinco puntos de la escala de Likert en relación a las siguientes subáreas: satisfacción con un rango de: 1=muy satisfecho, 2=bastante satisfecho, 3=algo satisfecho, 4=poco satisfecho, 5=nada satisfecho. Subárea de impacto, de preocupación social y de preocupación relativa a la diabetes, con un rango de 1=nunca, 2=casi nunca, 3= veces, 4=casi siempre, 5=siempre. Se incluyeron 40 pacientes (9 varones y 31 mujeres) con edad media de $37,6 \pm 8,7$ años y una duración media de la diabetes de $10,3 \pm 5,4$ años. **Resultados:** En el subárea de satisfacción, el 55 % de los pacientes obtienen una puntuación entre 15 y 35; en el subárea de impacto, el 60 % alcanza una puntuación entre 20 y 46; en el subárea de preocupación social/vocacional, el 65 % nunca o casi nunca siente que la diabetes interfiere en sus actos sociales. Finalmente, en el subárea de preocupación relativa a la diabetes se observa que si bien el 40 % obtiene una puntuación de 8 o inferior, el 42,5 % se encuentra en una situación intermedia y un 12,5 % tiene una clara preocupación por su enfermedad. **Conclusiones:** La pun-

tación obtenida en el subárea de satisfacción, impacto y preocupación social/vocacional indica un moderado grado de satisfacción y que la diabetes no interfiere nunca o casi nunca en sus actos sociales, a diferencia del leve porcentaje de pacientes que poseen una clara preocupación por la enfermedad. Pensamos que sería necesario ampliar la muestra para realizar una evaluación más concluyente.

200. La prevalencia de alcoholismo en internación de clínica médica fue de 26% y la recomendación formal de abandonar el hábito solo alcanzó al 48%.

Cohen R., Zamuz A., Van Olphen., Ahumaran G., Larrasolo F., Priarone M.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Larcade. San Miguel. Buenos Aires. Argentina.

El alcoholismo es una enfermedad que tiene implicancias muy profundas en la salud pública, Es la adicción más común en todo el mundo. En EE.UU. el etanol es consumido por la mitad de la población, el mayor costo se mide en 116 mil millones de dólares anuales. Los médicos no manifestamos interés por el diagnóstico ni el tratamiento de estos pacientes, por considerarlos irrecuperables. **Objetivo:** determinar la prevalencia en internación, y evaluar si se realizó recomendación de dejar el hábito cuando se detectó alcoholismo. **Material y métodos:** Se evaluaron 613 pacientes internados en clínica médica, edad promedio 55.8 años, 323 mujeres y 290 varones, El diagnóstico de alcoholismo se estableció con un score que incluyó como criterios, las respuestas al cuestionario CAGE, múltiples parámetros clínicos, y de laboratorio con distinto puntaje, proporcional a la especificidad conocida o estimada de cada uno. Se preguntó a los pacientes con diagnóstico de alcoholismo, si alguna vez habían recibido una recomendación formal de dejar el hábito. **Resultados:** La prevalencia de alcoholismo hallada fue de 26% siendo el 44% en los varones y 9% en mujeres. Solamente el 48% de los pacientes detectados como alcohólicos afirmó haber recibido alguna vez de un médico la recomendación formal de suspender la ingesta alcohólica. **Conclusiones:** La prevalencia de alcoholismo en nuestra muestra fue muy alta. Los médicos recomendamos apenas a la mitad de los pacientes suspender el hábito, aunque existe bibliografía que afirma, que el consejo médico hace disminuir el consumo de alcohol y la consulta a los sistemas de salud.

201. Cocaína: efectos cardiovasculares. Repetto H., Monsalvo M. L., Militello C., Romano E., Scaglione J., Lerman J.

División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

La cocaína (C) es considerada por la neuropsicofarmacología una sustancia estimulante. Su toxicidad se expresa por sus efectos potencialmente teratogénicos y sobre distintos aparatos y sistemas, como así también sobre la esfera psíquica. Los efectos cardiovasculares son varios: crisis adrenérgicas por liberación masiva de catecolaminas provocando crisis hipertensiva severísimas (hemorragias cerebrales, rotura de arterias coronarias, aorta, isquemia subendocárdica aún en ausencia de patología coronaria). Empeora el riesgo miocárdico por varios mecanismos: su efecto alfa adrenérgico provoca vasoconstricción coronaria, aumento en la contractilidad del ventrículo izquierdo y bradicardia refleja, con aumentos del consumo de O₂; su efecto beta adrenérgico provoca vasodilatación periférica, disminución de la precarga e incremento de la isquemia. Causa además arteriopatía coronaria acelerada y espasmo coronario. Con el uso prolongado de C se han reportado hipertrofia del VI, disfunción sistólica (7%), miocardiopatía dilatada y profunda depresión miocárdica. Los mecanismos propuestos para explicar la disfunción sistólica son varios: 1) isquemia ó IAM, 2) estimulación simpática repetida, 3) aditivos utilizados en el consumo de C que pueden agregar agentes tóxicos ó infecciosos y provocar miocarditis, 4) la C altera la producción de citoquinas en el endotelio. La C provoca arritmias por alteraciones agudas (hipotensión, hipoxemia,

isquemia o IAM) y otras por el uso crónico (aumento de la irritabilidad ventricular, descenso del umbral de fibrilación, trastornos en la conducción por alteración del potencial de acción debido al bloqueo de canales de Na). La C puede provocar: taquicardia y bradicardia sinusales, taquicardia supraventricular, bloqueos de rama, bloqueo AV completo, taquicardia y fibrilación ventriculares, taquicardia ventricular polimorfa, asistolia y patente de Brugada. Estudiamos a un hombre de 31 años que consulta al servicio de Neurología por presentar convulsiones. En uno de sus controles de rutina presenta síncope, detectándose bloqueo A-V completo con ritmo de escape ventricular a 24 por minuto. Se realizan: ECG seriados, Holter de ECG, CCG y estudio electrofisiológico en donde se detecta función sinusal normal, punto de W descendido con BAV a 120 por minuto y bloqueo A-V intra e infrahisiano. Se le implanta un MP definitivo modo DDD, con presencia de taquicardia mediada por MP. **Conclusiones:** la C es una sustancia estimulante extremadamente tóxica de uso creciente, que provoca afectaciones múltiples de diferente gravedad, una de las cuales involucra al sistema de conducción aurículo-ventricular, la cual es referida en la literatura médica como no habitual y a la que se le agregan, en este caso en particular, efectos adversos de la estimulación artificial.

202. Epidermólisis ampollar distrófica dominante y estenosis esofágica a propósito de un caso. Tecles A., Carvallo H., Pallero A., Tossoni V., Burgos N., Mazzitelli C., Carrizo F., González N.

Servicio de Clínica Médica. HZGA "Madre Teresa de Calcuta". Ezeiza. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La epidermólisis bullosa (E.B) engloba un grupo de defectos hereditarios caracterizados por ampollas intraepidérmicas o subepidérmicas producidas por traumatismos leves. Se clasifica en formas cicatrizales y no cicatrizales ambas de transmisión autosómica dominante o recesiva. **Material y método:** Paciente de sexo masculino de 39 años de edad que ingresa por presentar múltiples lesiones ampollares impetiginizadas en abdomen, zona de pliegues y miembros inferiores. Antecedente de epidermólisis ampollar distrófica, dominante, diagnosticada en la primera infancia sin controles ni tratamiento en los últimos años. Por presentar disfagia a sólidos de larga data se solicita estudio de tránsito esofágico que demuestra estenosis de la luz con imagen "en desfiladero", se realiza videoendoscopia esofágica que evidencia estenosis de aspecto benigno a 23 cm ADS que impide la progresión de endoscopia. Evolucionó con remisión de lesiones dérmicas con tratamiento antibiótico y glucocorticoideo. **Conclusiones:** Se relata el caso de una Epidermólisis Ampollar Distrófica. Se enumeran el tipo e incidencia de complicaciones que aparecen en aquellos pacientes que llegan a la edad adulta, haciendo hincapié en la necesidad y tipo de estudios complementarios que se requieren para su seguimiento.

203. Presentación atípica del Penfigoide ampollar en una mujer joven. Espinola L.¹, Contardo D.¹, Devés A.², Baldessari E.¹, Melero M.¹.

¹Primera Cátedra de Medicina. Departamento de Medicina. ²Departamento de Patología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA.

Las enfermedades ampollares autoinmunes son entidades infrecuentes, la más común de ellas es el penfigoide ampollar (PA) que tiene una incidencia de alrededor de 7 casos por millón de habitantes por año. Se caracteriza por presentar ampollas subepidérmicas desencadenadas por la presencia de autoanticuerpos contra antígenos de los hemidesmosomas. A diferencia de otras enfermedades ampollares tiene predilección por manifestarse en ancianos (mayores de 70 años), el signo de Nicolsky es negativo, suelen estar respetadas las mucosas y las lesiones no dejan cicatriz. Si bien el curso del PA es extremadamente variable, habitualmente es una enfermedad benigna, auto resolutive que evoluciona por brotes. Se han comunicado algunas varian-

tes clínicas atípicas del PA: vesicular, liquenoide y eritrodérmica. El tratamiento consiste en el uso de corticoides tópicos o sistémicos; en las formas graves se han utilizado inmunosupresores, plasmáferesis e inmunoglobulinas. Se comunica la presentación inusual de un PA en una mujer de 42 años sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó por una eritrodermia que posteriormente evolucionó a ampollas tensas de contenido seroso, de aproximadamente 3 a 5 centímetros de diámetro (con evolución posterior a la erosión) diseminadas por todo el cuerpo respetando la cara y con compromiso de la mucosa oral. El signo de Nícolsky fue positivo. Las manifestaciones cutáneas se acompañaron de un severo compromiso del estado general. Se efectuaron biopsias de piel que evidenciaron la presencia de ampollas por despegamiento dermoepidérmico. Por inmunofluorescencia directa se demostró la presencia de un depósito lineal de Ig G y C3 en la región de la membrana basal a predominio de la epidermis. La inmunofluorescencia indirecta fue positiva con un título de 1/20480 en la zona dermoepidérmica, mediante la técnica de "SALT SPLIT" (con cloruro de sodio se separa la dermis de la epidermis) se evidenció que los anticuerpos se fijaban al lado epidérmico de la piel. La paciente recibió tratamiento con prednisona (120 mg/día) y azatioprina (150 mg/día), evolucionando favorablemente con desaparición progresiva de las lesiones ampollares.

204. Diagnóstico de las estrategias cognitivas en los alumnos del ciclo clínico. Piskorz Susana B., Cardone Cristina B., Bernabó Jorge G.

Hospital Asociado "Bernardo A. Houssay". Facultad de Medicina. UBA.

El **objetivo** de este trabajo fue evaluar las estrategias cognitivas de los alumnos del Internado Anual Rotatorio (IAR), a fin de sentar las bases para la futura definición e implementación de cambios en la metodología de enseñanza. La **metodología** utilizada consistió en administrar el Test de Matrices Progresivas de Raven (test de inteligencia) grupalmente a todos los alumnos del IAR. Se explicaron previamente las consignas correspondientes, aclarando los fines de la experiencia. Además del tradicional análisis cuantitativo, se realizó la lectura psicogenética de los resultados siguiendo la metodología utilizada desde hace varios años por uno de nosotros (SP). **Resultados:** Se esperaba, de acuerdo a la edad de los alumnos y al hecho de encontrarse cursando la última etapa de la carrera de Medicina, que todos contaran con estrategias cognitivas coincidentes con la lógica hipotética deductiva. Los resultados observados mostraron que, desde el punto de vista cuantitativo todos los alumnos se encontraron dentro de los percentiles esperables conforme a la edad. El análisis psicogenético demostró que algunos de ellos no contaban con estructuras cognitivas correspondientes a la lógica formal, utilizando en muchos casos estrategias intuitivas con apoyatura en lo perceptual. **Conclusiones:** La utilización del test de Raven, complementada por la lectura psicogenética permitió conocer, además del cociente intelectual, las estructuras cognitivas con las que cuentan los alumnos evaluados, lo que provee bases racionales para el desarrollo ulterior de nuevos enfoques didácticos.

205. Reactividad cruzada entre los venenos de serpiente, de abeja y las toxinas del hongo amanita Phalloides. Battista M. E., Rodríguez S. R., Vitale A. A., Pomilio A. B., Albónico J. F., Alonso A.

División Alergia. PROPLAME (CONICET). Buenos Aires. Argentina.

La intoxicación por ingestión del basidiocarpo adulto de *Amanita phalloides* es generalmente fatal. En Europa, estos hongos aparecen en otoño en bosques de coníferas o robles y en Argentina se los observa en los bosques de Ezeiza y en el Parque Pereyra. Son responsables de la intoxicación por las alfa y beta amanitinas, octapéptido bicíclicos con un anillo indólico, termoestables y recuperables por circulación enterohepática. El veneno de abeja (*Apis mellifera*) es hemolítico y contiene apamina,

polipéptido de cadena corta neurotóxico. Los venenos de serpientes (*Bothrops*) también son polipéptidos neurotóxicos de cadena corta lo que induce a pensar en la presencia de epítopes comunes a todos ellos. Se aplicaron técnicas de Ouchterlony, inmunotransferencia, rocket-electroforesis, radioinmunoensayo e isoelectroenfoque bidimensional a sueros de pacientes desensibilizados o intoxicados y a anti-venenos y anti-toxinas obtenidas por inmunización en caballos o conejos. El suero de conejo anti-amanitina se logró inyectando durante un año un extracto metanólico de amanitina con 1,6- hexandiamina y glutaraldehído. Se obtuvieron reacciones cruzadas entre el suero anti-*Bothrops* y el extracto de amanita apareciendo bandas características. Considerando estas reacciones sería prudente evaluar la posibilidad de emplear anti-venenos heterólogos en el tratamiento de la intoxicación con *Amanita phalloides*, proyecto que está en desarrollo.

206. Osteoporosis transitoria. Shendera Pablo Gustavo, Cubito Alejandro, Kolodny Natalia, Libedinsky Gustavo.

Sección Consultorio de Atención Inmediata. Area Ambulatoria. Servicio de Clínica Médica. Hospital Nacional "Dr. A. Posadas".

Introducción: La Osteoporosis transitoria es un cuadro clínico relativamente raro cuya etiología no está completamente aclarada. En la literatura aparece como uno de los nombres alternativos de la distrofia simpática refleja (a partir del año 1995 fueron agrupados bajo la denominación de Síndrome de dolor regional complejo). **Objetivo:** Reconocer la patología. Considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor en miembro inferior. Resaltar la importancia de la RMN en la metodología diagnóstica. **Caso Clínico:** Hombre de 55 años de edad, previamente sano, que consultó por dolor urente en ingle y cara externa de pantorrilla derechas, de intensidad progresiva, de dos meses de evolución que calmaba parcialmente con el decúbito. Presentaba hiporreflexia patelar derecha e hipotrofia de glúteo derecho. Laboratorio sin datos positivos. Rx de Tx y panorámica de cadera normales. EMG: neuropatía mielínica moderada a severa de ambas ramas terminales del ciático mayor derecho más severa del ciático poplíteo externo. Inició tratamiento con carbamazepina y paracetamol. Se le realizó una RMN de Columna lumbosacra que mostró imágenes compatibles con angiomas en L3 y S1 y discopatía leve L5-S1. Un centellograma óseo que informó hiperfijación marcada del trazador a nivel de cabeza femoral y tercio superior de fémur derecho. Para descartar necrosis avascular de cabeza femoral se realizó una RMN de la articulación coxofemoral bilateral: disminución importante de la densidad ósea en cabeza y tercio superior de fémur derecho en secuencia T1, con cortical respetada y claro aumento de la intensidad de señal en secuencias STIR, hallazgos compatibles con osteoporosis transitoria. Tratamiento indicado: reposo absoluto y utilización de muletas para la deambulaci3n. A los 20 días no presentaba más dolor. RMN de control a los 3 meses normal. Realizó 6 meses de reposo. **Comentario:** Esta entidad suele aparecer en adultos jóvenes o de edad media. La radiología puede ser normal o cursar con marcada osteopenia. La gammagrafía ósea muestra captaci3n evidente del radiotrazador y la RMN presenta hallazgos específicos ya mencionados. La biopsia ósea solo debe realizarse ante la sospecha de un proceso infeccioso. Con 6 a 12 meses de reposo se produce la regresión espontánea de la sintomatología clínica y de los cambios radiológicos, evitando un daño óseo mayor. **Conclusi3n:** Conocer la enfermedad permite optimizar recursos diagn3sticos, evitar procedimientos invasivos y elegir el reposo como la mejor terapéutica.

207. Síndrome de envejecimiento prematuro: diagnóstico de displasia mandibulo acral en una paciente de 59 años. Nash Abigail*, Francipane Liliana*, Frechtel Gustavo*, di Fonzo Horacio°, Contardo Damián M.°, Gold Mariana°, Zopatti Damián E.°

**Divisi3n Genética. °Primera Cátedra de Medicina. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Argentina.*

Objetivo: Presentación de una paciente con una rara enfermedad autosómica recesiva caracterizada por hipoplasia mandibular y clavicular, acroosteólisis, retraso en el cierre de las suturas craneales y contracturas articulares. **Caso Clínico:** Paciente de 59 años, internada por necrosis de dedos del pie izquierdo de tres semanas de evolución quien fallece de muerte súbita a las 48 hs de internación. **Antecedentes Familiares:** Tercer hija de pareja, no consanguínea. Sus tres hermanos presentaban fenotipo similar. Dos de ellos fallecidos a edades tempranas. Padres de la propósito, hijos y nietos, fenotipo normal. **Antecedentes Personales:** Menarca 13 años, menopausia 43 años. Pérdida del cabello y caída de la dentición a los 20 años. Úlcera de siete años de evolución en pierna izquierda. Deambulación limitada. **Examen físico:** Lúcida, adelgazada. Piel atrófica y fina. Atrofia muscular. Alopecia, ausencia de piezas dentarias, nariz en forma de pico. Tórax asimétrico, ausencia de clavícula derecha. Manos braquidactilia con hipocratismo digital y atrofia de falanges distales. Acortamiento de miembro inferior izquierdo. Úlcera en cara anterior de pierna izquierda, con exposición del tendón. Lesiones cicatrizales de úlceras previas. Necrosis de los 4 últimos dedos del pie izquierdo sin signos de infección. Pulsos pedio y poplíteo izquierdos ausentes, derechos disminuidos. **Conclusiones:** Por la clínica, los antecedentes y los estudios complementarios se arriba al diagnóstico de Displasia Mandibuloacral (MAD), síndrome muy poco frecuente, menos de 15 familias reportadas a nivel mundial hasta la actualidad. Caracterizado por lipodistrofia parcial y fenotipo peculiar, junto con osteólisis progresiva de la mandíbula y de clavículas, atrofia cutánea, contracturas articulares y diabetes mellitus. La MAD es producto de una mutación recesiva en el gen de LMNA (laminina A), localizado en 1 q21. La proteína es el principal componente de la membrana nuclear e interviene en la división celular.

208. Hipofisitis linfocitaria: Resolución completa de la lesión adenohipofisaria sin hipopituitarismo. Guitelman M., Molina H., Basso A.

Instituto de Neurociencias Aplicadas (INA). Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Argentina.

La Hipofisitis Linfocitaria (HL) es un desorden poco usual de la glándula hipofisaria que se presenta como un tumor hipofisario con síntomas neurooftalmológicos acompañado con hipopituitarismo. La mayoría de los casos son mujeres que cursan el último trimestre de embarazo o el período postparto. Una paciente de 28 años consultó en la semana 32 de una gesta normal con cefaleas y trastornos del campo visual (hemianopsia bitemporal). La Resonancia Magnética por imágenes (RMI) demostró la presencia de una gran masa sellar con expansión supraselar y contacto con el quiasma óptico. Los estudios hormonales descartaron el déficit adrenal y/o tiroideo, y solo se detectó una leve hiperprolactinemia cuyas cifras se hallaban acordes con el tiempo de embarazo. La paciente recibió cabergolina 2mg/semana sin mejoría clínica. Luego de un parto sin complicaciones de una niña sana, el campo visual mejoró significativamente y la pa-

ciente recuperó ciclos menstruales regularmente al 2do mes postparto. La RMI postparto mostró una importante reducción de la masa sellar, sobre todo en su porción supraselar. Los hallazgos histopatológicos del material obtenido luego de la cirugía transeptoefenoidal revelaron la presencia de infiltrado linfocitario con algún grado de fibrosis constituyendo el diagnóstico de Hipofisitis Linfocitaria. Durante dos años de seguimiento los test endocrinológicos fueron siempre normales, solo una leve hiperprolactinemia (30-40 ng/ml). Los estudios de autoinmunidad tiroidea fueron negativos. La RMI luego de 2 años del parto demostró una mayor reducción de la glándula hipofisaria. La paciente se mantuvo asintomática durante el período de seguimiento. **Conclusiones:** el 80% de las pacientes con HL presentan hipopituitarismo parcial o completo al momento del diagnóstico. Nuestra paciente solo presentó síntomas compresivos relacionados con el agrandamiento hipofisario, como ocurre en pacientes con macroprolactinomas que se complican durante el embarazo. El diagnóstico definitivo sigue siendo de resorte Histopatológico, aunque la clínica y la radiología podrían ayudar a obtener un diagnóstico previamente. Ya que algunos casos reportados de HL, se presentan con déficit adenohipofisario luego de varios años del parto, esta paciente debe ser monitoreada periódicamente con laboratorio hormonal e imágenes de la región sellar.

209. Síndrome de "mano ajena" regresivo. Cóppola M., Porta O., Pellene A., Ferreiro J.

Servicio de Neurología. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

El síndrome de "mano ajena" es un curioso trastorno motor complejo, caracterizado por la disociación entre la intencionalidad y la acción, ejecutándose así movimientos sin propósito, independientes del control voluntario, como si la mano estuviese manejada por un agente externo. Se produce por lesiones del cuerpo calloso, o frontomediales bilaterales, raras veces talámicas o de ganglios basales. De etiología diversa, incluye a accidente cerebrovasculares, enfermedades degenerativas, tumores, etc. Paciente de 64 años, hipertenso y tabaquista, que presenta en forma aguda parestesias periorales, disfagia a líquidos, disartria, movimientos mioclónicos en cara y miembro superior derecho. Refiere dificultades para los movimientos voluntarios del mismo con tendencia a manipular objetos de su entorno y dificultad para soltarlos. No existía pérdida de fuerza o trastornos sensitivos, sólo ligera asimetría en los reflejos con hiperreflexia a derecha, que expliquen dichos síntomas. Evolucionó en forma favorable con el correr de los días, quedando sólo con mínimas dificultades motoras. La resonancia magnética mostró lesiones bifrontales operculares hiperintensas en T2, sin efecto de masa ni realce con contraste y leucoaraiosis. Se trata de una forma infrecuente de presentación de la patología vasculoencefálica y a diferencia de los casos debidos a enfermedades degenerativas (degeneración corticobasal) o tumorales, pueden observar una evolución regresiva o bien quedar reducidos a sutiles conflictos motores manuales de difícil descripción por parte del paciente y difíciles de caracterizar por parte del médico.