

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SUJETOS CON ANGIODISPLASIAS COLONICAS: RESULTADOS PARCIALES DE UN ESTUDIO CASO-CONTROL

Lasa JS; Moore R; Peralta D; Dima G; Zubiaurre I; Senderovsky M; Pasqua A; Soifer LO

Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna. CEMIC, CABA.

Introducción: Las angiodisplasias en intestino pueden ser una causa de sangrado digestivo prevalente en población adulta. Su etiología no es del todo conocida: se postula que un estímulo provocado por fenómenos de hipoxia tisular podrían llevar a mayor producción de factores angiogénicos. Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) podrían tener relación con la formación de angiodisplasias.

Objetivo: Comparar la prevalencia de FRCV en sujetos con y sin angiodisplasias colónicas.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva aquellos sujetos mayores de 18 años sometidos a una videocolonoscopia (VCC) en los que se halló al menos una angiodisplasia. Se seleccionaron como controles sujetos sometidos a una VCC sin el hallazgo de angiodisplasias. Los mismos fueron matcheados según edad y sexo a una razón de 3:1. Se excluyeron aquellos pacientes a los que se les realizó una VCC por sangrado digestivo clínicamente evidente. Se consignaron las siguientes variables: motivo de realización de VCC, hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus (DM), Dislipemia (DLP), Tabaquismo (TBQ), Obesidad, Cardiopatía isquémica (CI), Insuficiencia renal crónica (IRC). Se comparó la prevalencia de dichos FRCV, así como la presencia de 2 o más FRCV como medidas de efecto.

Resultados: Se incluyeron 25 sujetos con angiodisplasias y 75 controles. La edad promedio fue de 67 ± 10 años; 60% correspondieron al sexo masculino. La anemia como motivo de realización de VCC fue más frecuente en sujetos con angiodisplasias [33 vs 9.72%; OR 4.69 (1.46-14.69)]. En el análisis univariado, se encontró una mayor prevalencia de TBQ [29 vs 8.51%, OR 4.42 (1.14-17.1)] así como de 2 o más FRCV [70.83 vs 27.78%, OR 6.31 (2.27-17.51)] en sujetos con angiodisplasias. Fue hallado a su vez un incremento no significativo en la prevalencia de los otros FRCV analizados. Al ajustar por motivo de realización, se evidenció una asociación significativa entre el hallazgo de angiodisplasias y la presencia de 2 o más FRCV [OR 3.31 (1.04-8.91)].

Conclusión: La presencia de angiodisplasias en colon se asocia en forma significativa a una mayor prevalencia de FRCV.

IMPACTO DE LA UTILIZACION DE LA ESPECTROMETRIA DE MASAS EN LA RUTINA DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA CLINICA

Relloso MS¹, Nievas J¹, Fares Tai S¹, Farquharson M¹, Zarate M¹, Bonvehi P², Smayevsky J¹.

¹Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología; ²Sector Infectología, CEMIC, CABA.

La identificación de microorganismos utilizando espectroscopía de masas: Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization Time Of Flight Mass Spectrometry (MALDI-TOF MS) BRUKER® es un método exacto, rápido y sencillo basado en el análisis del perfil de proteínas de la célula.

Objetivos: 1) Comparar los resultados de la identificación de microorganismos provenientes de muestras clínicas utilizando MALDI-TOF MS a partir de los cultivos primarios, con los métodos convencionales (MC) y 2) Comparar los tiempos de demora (TAT) utilizando ambas metodologías.

Materiales y métodos: Se incluyeron 131 muestras clínicas de pacientes hospitalizados. Se realizó la identificación de los gérmenes por MALDI-TOF MS, directamente a partir del desarrollo en las placas de cultivos primarios. Simultáneamente se efectuó el protocolo habitual del laboratorio para la identificación. Los resultados discordantes entre MALDI-TOF MS y MC se definieron por amplificación del ARNr 16s y posterior secuenciación. El TAT se definió como el tiempo transcurrido desde el desarrollo de la colonia en la placa primaria hasta que se completó su identificación. Las diferencias en los TAT se calcularon en días.

Resultados: La concordancia a nivel de género y especie fue 98%. El 89.1% de los gérmenes se identificaron por MALDI-TOF el mismo día y el 10.9% al día siguiente que se obtuvo desarrollo en la placa primaria. Por MC, no hubo identificaciones en el primer día de desarrollo del cultivo primario, 56 % se identificó al día siguiente y 44% de los casos en dos o más días.

Conclusiones: MALDI-TOF MS permitió identificar en forma correcta y rápida más del 80 % de los aislamientos en el primer día de desarrollo de los cultivos, resultando en una reducción promedio de 1.5 días en la identificación respecto a los MC. MALDI-TOF es una metodología que por su exactitud y rapidez tendrá impacto directo en el manejo de los pacientes infectados.

ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE INFECCIONES DE PIEL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC): CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y MOLECULARES

López Furst MJ¹, De Vedia L², Fernández S³, Gardella N³, Ganaha MC⁴, Prieto S⁵, Carbone E⁶, Lista N², Rotryng F⁷, Morera GI⁸, Mollerach M³, Stryjewski ME⁹ por el Grupo de Trabajo SAMR de la Comunidad de la Sociedad Argentina de Infectología

¹Sanatorio J. Méndez, CABA; ²Htal F. J. Muñiz, CABA; ³Cátedra de Microbiología, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA; ⁴Htal. Vte. López y Planes, Gral. Rodríguez, Bs. As.; ⁵Htal. N. Sra. de Luján, Bs. As.; ⁶Htal. Aeronáutico, CABA; ⁷Htal. UAI, CABA; ⁸Hospital José Cullen, Santa Fe; ⁹CEMIC, CABA

Introducción. El SAMR-AC (usualmente SCC*mec* IV y PVL +) se ha transformado en la causa más frecuente de infecciones de piel y estructuras relacionadas (IPER) en distintos países. En Argentina no se han reportado estudios clínicos, prospectivos y multicéntricos en población adulta.

Objetivos. Primario: determinar prevalencia, características clínico/demográficas y microbiológicas del SAMR-AC en adultos con IPER; secundario: evaluación molecular de SAMR-AC.

Métodos. Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico, con análisis molecular de cepas, conducido en 18 centros de Buenos Aires y 1 de Santa Fe (12/3/10 al 20/10/11). Se incluyeron pacientes de edad ≥ 14 años, con diagnóstico de IPER y cultivo, sin contacto con el sistema de salud. Se identificaron factores clínicos asociados a SAMR mediante regresión logística. Se determinaron SCC*mec*, PVL, pulsotipo y secuenciotipo.

Resultados. Se incluyeron 311 pacientes; varones 69%, edad media 38,8 (± 18) años. Las lesiones más frecuentes fueron forúnculos (36%), abscesos (34%) y celulitis (25%). Se aisló SAMR en el 70% del los pacientes (218/311). La sensibilidad antibiótica del SAMR fue 99% para Trimetoprima/Sulfametoxazol y 89% para Clindamicina. Los pacientes infectados con SAMR (comparados con los que no tuvieron SAMR) fueron más jóvenes (36 vs. 45 años; $p = < 0.0001$), y tuvieron más comúnmente lesiones purulentas (84% vs. 56%; $p = < 0.0001$). La respuesta terapéutica fue similar en ambos grupos (SAMR 89% vs. No-SAMR 86%, $p = 0.65$). Los factores independientemente asociados a presencia de SAMR fueron: lesión purulenta (OR 3.29; 95%IC 1.67, 6.49) y, edad < 50 años (OR 2.39; 95%IC 1.22, 4.70). De las cepas de SAMR genotipificadas ($n = 146$) el 95% fue PVL+, y el 93% presentó SCC*mec* IV. Entre las cepas secuenciadas predominó el clon ST30 spa-t019.

Conclusiones. SAMR-AC se ha convertido en la causa más frecuente de IPER en pacientes de la comunidad atendidos en Buenos Aires, donde un nuevo tipo clonal (ST30, SCC*mec* IV, PVL+ spa-t019) está diseminándose.

VALORACIÓN HEMODINÁMICA EN EL EJERCICIO, MEDIANTE ECO ESTRÉS CON BICICLETA SUPINA, DE PACIENTES CON PECTUS ESCAVATUM.

Raggio IM, Albertal M, Martinez Ferro M, Vallejos J, Munin M, Sanchez G, Spernanzoni F, Goerner S, Ortega J, Urbano P, Torres V.

Servicio de Ecocardiografía, CEMIC, CABA.

Introducción: En pacientes con pectus excavatum (PE), la depresión esternal provoca deformación cardíaca. El objetivo del estudio es evaluar las alteraciones hemodinámicas, en reposo y esfuerzo, en pacientes con PE mediante eco estrés con ejercicio.

Material y métodos: Se realizó eco-estrés en bicicleta supina a 31 pacientes portadores de PE y 59 pacientes normales. Evaluamos en reposo y al pico de esfuerzo la función sistólica y diastólica de ambos ventrículos y el los flujos transvalvulares.

Resultados: en el grupo control, los valores de referencia de gradiente diastólico tricuspideo (GDT) fueron $0,9 \pm 0,35$ mm hg en reposo y $2,9 \pm 1,25$ al esfuerzo Se consideró como límite superior normal a la media + 2 SD, en reposo correspondió a 1,6 y en esfuerzo a 5,4 mm Hg. En el grupo pectus la edad media fue $19,8 \pm 7,2$ años y un 76% (19/25) fueron varones. Todos los pacientes realizaron un esfuerzo máximo, (frecuencia cardíaca máxima 160 ± 17 , índice tensión tiempo 23719 ± 87 ; $8,5 \pm 1,4$ METS, $100\% \geq 5,6$ METS). En reposo, la función sistólica de ambos ventrículos fueron normales, siendo la función diastólica del VI normal en todos los casos ($e/a > 1,2$ y $E/e' < 15$) y del VD anormal en 30% de los casos ($e/a < 0,8$). Durante el esfuerzo, se observó: 1) función sistólica conservada en ambos ventrículos. 2) disfunción diastólica del VI en un 40% . 3) Disfunción diastólica del VD en un 70%. Un 25,8 % de los pacientes presento un GDT medio $> 1,6$ mm Hg en reposo, y un 54,8 % tuvo un GDT medio $> 5,4$ mm Hg al esfuerzo. En el grupo con gradiente elevado el gradiente fue de 8.2 ± 1.3 mm hg.

Conclusiones: Los pacientes con PE presentan dos alteraciones frecuentes del VD: 1) disfunción diastólica y 2) estenosis tricuspídea manifiesta al esfuerzo. Estas alteraciones no parecen afectar la performance de la ergometría.

TRASPLANTE RENAL Y HEPATITIS C

De Brum, A.*, Sleiman J.*, Soler Pujol G.*, Ridruejo E.**, Laham G.*, Diaz C.*.

*Sección Nefrología, **Sección Hepatología Departamento Medicina, CEMIC, CABA.

El virus de la hepatitis C (HCV) es la causa principal de hepatopatía en el TxR y se asocia con una elevada mortalidad en esta población. El impacto negativo en la supervivencia del paciente e injerto renal es debido no solo a las alteraciones hepáticas que genera sino también extrahepáticas como la mayor incidencia de infecciones, diabetes mellitus (DM) y nefropatía del injerto.

Objetivos: Evaluar la supervivencia del injerto renal y del paciente en población HCV+ vs HCV-; y determinar la incidencia de DM, citomegalovirus (CMV) y rechazo agudo (RA).

Materiales y métodos: Estudio observacional y longitudinal sobre 255 TxR entre 01/2001 y 10/2012 en CEMIC, 42 HCV +. Se analizaron datos demográficos y de laboratorio, episodios de RA, infecciones por CMV, incidencia de DM, pérdida de injerto (PI) y muerte. Se realizó un análisis uni y multivariado de Cox para evaluar factores predictores de PI y mortalidad; y Kaplan Meyer para supervivencia del injerto y del paciente.

Resultados: La edad media de la población estudiada fue 48 años, la mediana de seguimiento 46 meses (m) (21-76) y el tiempo en diálisis (TD) 62 m. Fue significativo para el grupo HCV + el TD ($p=0.0001$), la media de creatinina al 1º y 3º año ($p=0.013$), donantes cadavéricos ($p=0.014$), 2º TxR ($p=0,0001$) y RA al año ($p=0.014$). La supervivencia del injerto y paciente al año fue 94,4% y 98,6% respectivamente para HCV- y 73,8% y 80,8% para HCV+, esta diferencia fue significativa ($p=0.002/0.013$). La infección por CMV y DM fueron similares en ambos grupos. En el análisis univariado HVC fue predictor de PI y muerte no así en el multivariado.

CONCLUSION: Si bien HVC fue predictor de pi y mortalidad en la cohorte estudiada, debemos señalar que este grupo presentaba mayor número de comorbilidades que favorecerían las implicancias negativas en la SI y paciente.

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE MEDULA OSEA

Barritta R, Bordalejo A, Cañueto I, Villar A, Navarro E. División Alimentación y Dietoterapia, CEMIC, CABA.

Introducción: Es frecuente la desnutrición en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea (TMO) como consecuencia de la disminución de la ingesta asociada a la toxicidad del tratamiento quimioterápico. Es escasa la literatura científica sobre los cambios del estado nutricional antes, durante y después del trasplante.

Objetivo: Describir y comparar el estado nutricional de los pacientes sometidos a TMO en tres momentos: 1-al ingreso a la Unidad de Trasplante de Medula Ósea (UTMO); 2- al egreso de la UTMO y 3-en un control ambulatorio.

Material y Método: Estudio de diseño descriptivo, prospectivo, transversal. El muestreo fue consecutivo. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a la UTMO del Hospital Universitario Sede Saavedra del CEMIC de Marzo 2010 a Julio 2013. El estado nutricional se determinó con la Evaluación Global Subjetiva Generada por el Paciente (EGS-GP) en los tres momentos. La EGS-GP clasifica a los pacientes en A (bien nutrido), B (moderadamente desnutrido) y C (severamente desnutrido), y otorga puntaje (> 4 = intervención nutricional).

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes con una edad promedio de 50.5 ±14.7 años y 71/123 (57.7%) fueron varones. Venticuatro (19.5%) recibieron trasplante autólogo y 99 (80.49%) recibieron trasplante alogénico.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES

	INGRESO	EGRESO	CONTROL	
EGS-GP				
A	116 (94.3%)	44 (40.7%)	56 (65.1%)	
B	6 (4.8 %)	54 (50%)	28 (32.5%)	
C	1 (0.8%)	10 (9.3%)	2 (2.3%)	
Puntaje EGS-GP	3.39 (± 3.47)	12.3 (±0.71)	6.54 (±4.57)	p < 0.001

El 94.3% de los pacientes tenía buen estado nutricional en la admisión pero casi el 60% fue clasificado como malnutrido al egreso. Durante la internación el estado nutricional empeora en promedio 9 puntos de la EGS-GP. Los varones empeoraron su estado nutricional en mayor medida que las mujeres (10.59 vs.7.93; p=0.002). Los pacientes con hospitalización mayor a 21 días empeoraron en promedio 2 puntos más que quienes tuvieron menor estadía (10.64 vs. 8.45, p=0.034). Los pacientes con menos de 60 años de edad tuvieron un peor puntaje que los mayores de 60 años (10.7 vs 6.42; p=0.0007) al igual que los pacientes que recibieron trasplante alogénico vs. autólogo (12.45 vs 8.74; p=0.0152).

Conclusiones: En general, los pacientes ingresan a la UTMO con buen estado nutricional. Luego, éste empeora durante la hospitalización y aún más en pacientes varones, menores de 60 años, con trasplante alogénico o con estadía hospitalaria mayor a 21 días. La implementación de estrategias para optimizar la ingesta durante la internación podría disminuir este deterioro nutricional. En el control ambulatorio el estado nutricional mejora, pero puede aún requerir intervención nutricional.

UTILIDAD DE LA PRIMERA ORINA MATINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERCALCIURIAS EN PACIENTES CON NEFROLITIASIS RECURRENTE

Bollati M¹, Correa V¹.

¹Sector Química Clínica, Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC, CABA.

Introducción: Nefrolitiasis es una enfermedad frecuente con elevada recurrencia cuya etiología multifactorial dificulta el diagnóstico y tratamiento. El Estudio Metabólico identifica alteraciones bioquímicas que explicarían la nefrolitiasis. La hipercalciuria en orina de 24 horas puede no ser suficiente para detectar aumentos intermitentes de calcio que favorezcan la litogénesis.

Objetivos: Analizar la prevalencia de alteraciones metabólicas en pacientes con nefrolitiasis recurrentes. Evaluar el diagnóstico de Hipercalciurias intermitentes (Sobresaturación cálcica e Hipercalciuria transitoria) en primera orina matinal vs Hipercalciuria en orina de 24 horas.

Metodología: Protocolo de Estudio Metabólico de Litiasis Renal: Arrabal Martín modificado. Se estudiaron 164 pacientes con nefrolitiasis recurrente. Dieta hipocálcica e hiposódica: 5 días con suplemento de calcio 500 mg. Muestras: sangre venosa. Orina: primera matinal, 24 horas y 4 horas postcarga de calcio 1000 mg. Determinaciones: glucemia, FAL, PTH, gases. Sangre/orina: urea, creatinina, calcio, fósforo, magnesio, sodio, potasio, cloro, úrico, proteínas. Orina: cistina, citrato, oxalato, pH, densidad. Urocultivo. Cálculos de índices diagnósticos de alteraciones metabólicas: programa EMUSYS. Definiciones: Hipercalciuria: Calcio >260 mg/24 h. Sobresaturación cálcica: Calcio >15 mg/dl. Hipercalciuria transitoria: Calcio/Creatinina >0.11 en primera orina.

Resultados: Prevalencia de alteraciones metabólicas (N=164): Hipercalciuria en 24 horas: absortiva tipo II 2.6%, resortiva 2.4%, renal 2.9%. Sobresaturación cálcica 11.3%. Hipercalciuria transitoria 8.1%. HiperPTH 7.1%. Hipocitraturia 13.4%. Hipomagnesuria: 10.2%. Baja diuresis 8.4%. Hiperoxaluria: endógena 1.0%, renal 1.3%, absortiva 1.3%. Hiperuricosuria: enterorrenal 2.1%, endógena 2.4%. PH urinario ácido 8.6%. Infección urinaria 2.4%. Acidosis tubular 3.1%.

36.6% de los pacientes presentaron Hipercalciurias intermitente en primera orina matinal, 18.3% únicamente Hipercalciuria en 24 horas y 8.5% presentaron Hipercalciuria en ambas muestras.

Conclusiones: Litiasis cálcica es una alteración frecuente en nuestra población. La primera orina matinal permite revelar hipercalciurias por aumentos intermitentes nocturnos que no serían detectadas por estudios en orinas de 24 horas posibilitando alternativas diagnósticas y terapéuticas en pacientes con nefrolitiasis recurrentes.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS READMISIONES HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO

Santini F¹, Cabrejas S², Soler Riera C¹, Kostianovsky A¹, Chavin JM¹, Galante M^{1,2}

¹Sección Clínica Médica, Departamento de Medicina Interna; ²Unidad Académica Instituto de Investigaciones, IUC-CEMIC, CABA.

Introducción: Las readmisiones hospitalarias son un problema frecuente, costoso y mal comprendido.

Objetivo: Estimar la prevalencia y describir las características demográficas, clínicas y de atención sanitaria de los pacientes readmitidos en forma no programada en el Hospital Universitario CEMIC sede Las Heras entre Mayo 2013 y Abril 2014.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal que incluye readmisiones no programadas del Hospital CEMIC sede Las Heras realizadas por cualquier servicio durante el período de estudio. Se define readmisión a toda admisión no programada en pacientes que hayan tenido al menos una internación en los 60 días previos, por cualquier causa y en cualquier hospital. Se muestran los resultados preliminares de los primeros 3 meses del estudio.

Resultados: se evaluaron 49 readmisiones. La prevalencia de readmisiones fue de 6,9%. La edad promedio fue de 72 años (DE=16) y el 57% tenía al menos alguna alteración en el score de ADL (Actividades de la Vida Diaria). La comorbilidad más frecuente fue la enfermedad cardiovascular (55%). El 55% tenía CEMIC como seguro de salud. El 65% de los casos convivía con alguien y el 16% estaba institucionalizado. El 84% procedía de domicilio. Los motivos de reingreso más frecuentes fueron los de causas infecciosa (53%), gastrointestinales (12%) y cardiovasculares (4%). La duración de la readmisión (Media=13 días, IC95%=9,6-16,4) fue mayor a la primera internación (Media=7 días, IC95%=5-9). El 86% tenía médico de cabecera, pero sólo el 43% de estos pacientes fue atendido por éste entre la primera internación y la readmisión. Si bien el 41% de los casos eran pacientes de medicina interna en la primera admisión, el 71% fue readmitido por patología clínica.

Conclusiones: Los resultados de este análisis preliminar muestran que las readmisiones hospitalarias son un problema frecuente, conocer sus características es fundamental para disminuir su ocurrencia.

ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE ACETILCOLINA M3 EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SJOGREN PRIMARIO: ASOCIACIÓN CON OTROS AUTOANTICUERPOS Y CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Pisoni C¹, Reina S^{2,3}, Eimon A¹, Carrizo C¹, Borda E^{2,3}

¹Sección de Reumatología e Inmunología, CEMIC, CABA; ²Cátedra de Farmacología, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, CABA; ³Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Buenos Aires, Argentina.

Introducción: los anticuerpos contra el receptor de acetilcolina M3 (anti M3) han sido descritos en pacientes con síndrome de Sjogren primario (SS). Poco se conoce sobre estos anticuerpos en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: describir los niveles de anti M3 en pacientes con LES y SS, su asociación con otros autoanticuerpos y con las manifestaciones clínicas.

Pacientes y métodos: Se incluyeron pacientes con LES y SS primario. Los anticuerpos dirigidos contra el receptor M3 se midieron con ELISA. Los anticuerpos ENA se midieron por doble difusión. En los pacientes con LES la actividad se midió con el score SLEDAI y el daño con el score: SLICC-SDI

Resultados: Se estudiaron 32 pacientes con LES y 21 con SS. Se detectaron anticuerpos anti M3 en 20 (95 %) pacientes con SS y en 20 (62.5 %) pacientes con LES (p 0.007). Los niveles de anti M3 en las pacientes con LES fueron: $0.73 \pm SD 0.75$ y en las pacientes con SS: 1.18 ± 0.52 (p<0.02). Se encontró asociación significativa entre los anticuerpos anti-Ro/SSA (p 0.002) y anti nRNP (p 0.05) y los anticuerpos anti M3. No se encontraron diferencias significativas en las manifestaciones clínicas de los pacientes con LES. No se encontró asociación entre los anticuerpos M3 y SLEDAI ≥ 6 (p=0.18) o SLICC-SDI ≥ 1 (p=0.87).

Conclusión: Los niveles de anticuerpos anti M3 fueron significativamente mayores en los pacientes con anti-Ro/SSA y anti nRNP positivos. En los pacientes con LES no se encontró asociación del anticuerpo anti M3 con las manifestaciones clínicas, SLEDAI ni con SLICC-SDI.

LA PROCALCITONINA DETERMINADA POR UN MÉTODO ALTAMENTE SENSIBLE DESCARTA INFECCIONES BACTERIANAS EN PACIENTES CON CIRROSIS

Marciano S^{1, 2}, Leila H¹, Martínez A³, Posadas-Martínez ML⁴, Piñero F¹, Mora GJ¹, Guerrero L³, Ridruejo E², Mandó O²; Giunta DH⁴, Gadano AC¹

¹Sección de Hepatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA; ²Sección Hepatología, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA; ³Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC, CABA; ⁴Unidad de Investigación de Medicina Interna, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Existen dificultades para descartar el diagnóstico de infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis. Esto genera sobre-prescripción de antibióticos.

Objetivo: Evaluar la performance de un test altamente sensible de PCT para en el diagnóstico de infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis.

Métodos: los pacientes cirróticos ≥ 18 años consecutivos, fueron prospectivamente evaluados en el departamento de Emergencias (01/11/10-01/06/12). Se excluyeron pacientes que habían recibido antibióticoterapia en los 7 días previos y/o pacientes inmunosuprimidos. Se recolectó y almacenó sangre periférica para determinación diferida de PCT. Se realizó un seguimiento de 30 días o hasta la muerte. Dos hepatólogos catalogaron en forma independiente y ciegos al resultado de PCT al paciente como infectado o no infectado. La PTC fue procesada por Elecsys BRAHMS (rango 0,02-100 ng/ml.)

Resultados: Se incluyeron 106 episodios en 84 pacientes. Mediana de edad: 62 años (IQ 11); Hombres: 65 (63%). Media de MELD: 18,5 ($\pm 1,95$), 61% Child C. En 29 (28%) episodios se diagnosticó infección bacteriana (13 peritonitis bacterianas espontáneas, 7 bacteremias espontáneas y 4 pielonefritis, 5 otras). En 74 (72%) episodios se estableció otro diagnóstico alternativo. La mediana de PCT en los pacientes infectados fue de 0.45 ng/ml (IQ 1.07) y en los no infectados 0.061 (IQ 0.05) ($p < 0.001$; AUROC 0.95; IC 95% 91-99%). Con un punto de corte de 0.098, se obtuvieron los siguientes resultados para el diagnóstico de infecciones bacterianas: sensibilidad 97% (95% IC 86-100%), especificidad 82% (95% IC 72-94%), valor predictivo negativo 98% (95% IC 94-100%), valor predictivo positivo 68% (95% IC 51-88%). Se mantuvo la significancia estadística aún luego de ajustar por edad, tiempo de protrombina, Child, creatinina, fiebre y leucocitos ($p < 0.001$).

Conclusión: Un valor de PCT < 0.098 ng/ml descarta infecciones bacterianas en esta población. Su aplicación es de gran utilidad para evitar la sobre-prescripción de antibióticos.

BIOMARCADORES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: ENCUESTA FRENTE AL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Taragano FE, Serrano CM, Castro DM, Dillon C, Heisecke S, Pérez Leguizamón P, Loñ L, Feldman ML, Martelli M, Sánchez V, Tufró G, García V, Zegarra Muñante C.

Sección de Investigación y Rehabilitación de Enfermedades Neurocognitivas, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción. El desarrollo de nuevas técnicas en la detección de biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer (EA) motivó la confección de nuevos criterios para la investigación. El uso potencial de los biomarcadores en el ámbito asistencial, genera nuevos dilemas en la práctica clínica.

Objetivos. a) Conocer la opinión acerca del diagnóstico precoz de la EA, b) determinar la percepción de dilemas éticos en la búsqueda y comunicación del diagnóstico, c) observar temor a la discriminación frente al diagnóstico apoyado en biomarcadores y d) averiguar la aceptación en realizar estudios diagnósticos de biomarcadores.

Metodología. Una encuesta con respuesta de opción múltiple, con una versión para profesionales de la salud (GPro) y otra para público general (GPub) fue implementada. Se invitó mediante sistema de mercadeo (Doppler®) a direcciones electrónicas de una base de datos propia. El análisis fue descriptivo y se utilizó test de chi cuadrado para determinar diferencias estadísticas entre grupos.

Resultados. Analizamos 1503 encuestas (17.4% de 8627 invitaciones): 807 (11.4%) de 7107 invitaciones de GPro y 696 (45%) de 1520 de GPub. Respondieron que realizarían diagnóstico temprano positivamente 649 (80,4%) personas del GPro y 624 (89,7%) del GPub ($p < 0,001$). En 368 (45,6%) casos del GPro y 221 (31,8%) del GPub la respuesta indicó la existencia de un dilema de cualquier clase ($p < 0,001$). Respecto a la discriminación, 448 personas (55,5%) del GPro y 398 (57,2%) del GPub respondieron que no aumentará la discriminación ($p 0,515$). La aceptación de realizar estudios en GPub fue 51,9% y el 25% marcó no conocerlos. En GPro 45,4% respondieron no saber/no tener experiencia al respecto y 32,2% que beneficiaría a los pacientes.

Discusión. Se prefiere realizar diagnóstico temprano de EA, conociendo la ausencia de cura; no existiría un dilema bioético en llevar adelante el diagnóstico con biomarcadores. El conocimiento sobre la existencia y uso de biomarcadores es escaso en la población encuestada.

TERAPIA COMBINADA PARA *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS TIPO KPC. EVALUACIÓN *IN VITRO* MEDIANTE CURVAS DE MUERTE.

Nicola F, Nieves J, Bajuk M, Smayevsky J

Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, CEMIC, CABA

Introducción: Los aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* productores de carbapenemasas KPC (Kp-KPC) muestran resistencia a múltiples antibióticos, por lo que se han utilizado una gran variedad de tratamientos para estos organismos multi-resistentes. Si bien hay estudios que muestran una mayor efectividad de terapias combinadas de meropenem (Mero), tigeciclina (Tige) y/o colistin (Col), faltan estudios *in vitro* que expliquen tales observaciones.

Objetivo: Evaluar la cinética de muerte de aislamientos de Kp-KPC frente a Mero, Tige y Col, en forma individual y en las diferentes combinaciones posibles.

Métodos: Se estudiaron 15 aislamientos clínicos únicos de Kp-KPC. Las CIMs (ug/ml) a Mero fueron (n): 0,5 (1), 1 (3), 2 (2), 4 (5), 8 (2) 16 (2). Se evaluó la cinética bactericida mediante curvas de muerte, con recuentos a las 4-hs, 8-hs, 24-hs y 48-hs de incubación. Las concentraciones ensayadas fueron: Mero= 5ug/ml, Tige= 0,5ug/ml y Col= 1ug/ml.

Resultados: Los antibióticos individuales fueron muy poco activos frente a los aislamientos estudiados, siendo bactericidas a las 24 hs en sólo 4 aislamientos con las CIMs más bajas (≤ 1 ug/ml para Mero y $\leq 0,5$ ug/ml para Col). Las combinaciones Mero+Col y Mero+Tige+Col fueron las de mayor bactericidia (11 y 12 aislamientos, respectivamente). Las únicas 2 cepas que no fueron inhibidas con la combinación Mero+Col fueron aquellas con las CIMs ≥ 8 ug/ml. Además, estas combinaciones fueron capaces de reducir los recrecimientos a las 24 o 48 hs de incubación. Con las combinaciones Mero+Col y Mero+Tige+Col se observó sinergia en 8 y 10 aislamientos, respectivamente. Las combinaciones Mero+Tige y Col+Tige mostraron una actividad moderada; logrando bactericidia en sólo 6 aislamientos y observándose recrecimientos en otros 6.

Conclusiones: Nuestros resultados respaldan la utilidad de las terapias combinadas, explicando los hallazgos de estudios clínicos previos. La mayor efectividad estaría dada por la sinergia lograda, obteniéndose una bactericida mayor y sostenida.

PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE NÓDULO TIROIDEO: CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS ASOCIADAS CON MALIGNIDAD

Rodríguez A¹, Cobeñas R¹, Acosta F¹, Boroda A¹, Gallo JC¹, Kozima S¹

¹Departamento de Diagnóstico por Imágenes, CEMIC, CABA.

Introducción: La presencia de imágenes nodulares tiroideas es común en la población adulta y es sabido que ciertas características se asocian con malignidad. Establecer asociaciones significativas de ellas podría generar indicaciones más precisas de punción por aguja fina (PAAF), tratando de evitar procedimientos innecesarios.

Objetivo: Determinar la utilidad de ciertas características ecográficas de nódulos tiroideos para predecir malignidad.

Métodos: Entre Julio de 2010 y Agosto de 2012 se punzaron 274 nódulos tiroideos con guía ecográfica. Previo a cada intervención se recolectaron datos del paciente así como tamaño, ecogenicidad y composición del nódulo. Se determinó la asociación entre estas características y los resultados anatomopatológicos mediante la realización de Test de Pearson y odds ratio.

Resultados: De los 274 nódulos punzados, 227 eran de mujeres y 47 hombres. Los resultados revelaron 16 tumores malignos y 258 hallazgos benignos y no específicos. La probabilidad de encontrar en la muestra un nódulo con cáncer es 5,61 veces mayor en hombres que mujeres. Se encontró que la malignidad en nódulos sólidos es 3,26 veces mayor que en los mixtos o líquidos, así como es 7,33 veces mayor entre los que presentan hipoecogenicidad de los que no la presentan. Se detectó asociación entre malignidad con iso- e hiperecogenicidad, debido a su ausencia en los nódulos malignos. Además, no se pudo encontrar una asociación significativa entre tamaño y cáncer, aunque en la mayoría de los nódulos de origen maligno oscilan entre 10 y 30 mm.

Conclusiones: Los parámetros evaluados no son criterios estrictos para definir malignidad. Sin embargo, los de origen maligno muestran una caracterización tendiente a tener una composición sólida y ser hipoecogénicos, destacándose un riesgo relativo aumentado en hombres respecto de mujeres. Estos resultados plantean la necesidad de buscar otros parámetros que tengan un comportamiento marcadamente diferente entre nódulos benignos y malignos.

TOMOGRAFÍA DE TÓRAX Y DETECCIÓN DE INFECCIÓN MICÓTICA INVASIVA (IFI) EN PACIENTE NEUTROPÉNICOS. EXPERIENCIA SOBRE SU IMPACTO EN LA TERAPÉUTICA

Sevilla S¹, Kusminsky SD², Damiano MA¹, Rizzo M¹, Trucco J¹

¹ Departamento de Medicina Interna, ² Servicio de Hematología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina.

Introducción: la fiebre persistente en pacientes neutropénicos de alto riesgo (NFAR), luego de 5 días de tratamiento empírico significa alta probabilidad de infección micótica invasiva (IFI - 5%) y mayor morbi-mortalidad. En esta situación las herramientas diagnósticas no son específicas y actualmente la mayoría de estos pacientes reciben antifúngicos empíricamente.

Objetivo: determinar la población de pacientes con NFAR y fiebre persistente en los cuales, el no inicio del tratamiento antifúngico sea una estrategia razonable.

Métodos: reclutamos de forma prospectiva 229 pacientes con NFAR en 4,5 años. En revisión retrospectiva, 33 pacientes presentaron fiebre al día 5 de tratamiento antimicrobiano empírico. En 28 pacientes se realizó una tomografía de tórax como parte de la evaluación. Según la presencia o ausencia de infiltrados pulmonares se evaluó el tratamiento antifúngico, cantidad de transfusiones, días de hospitalización, días con neutropenia y los días con fiebre.

Resultados: diecinueve pacientes (68%) presentaron infiltrados pulmonares. Todos recibieron tratamiento antifúngico. En 9 pacientes con tomografía normal el tratamiento antifúngico no se inició. La diferencia de la decisión de no dar a los antifúngicos, según el resultado de la TC fue altamente significativa ($p < 0,0001$). Las transfusiones de glóbulos rojos y plaquetas fueron significativamente menores en el grupo de exploraciones normales ($p 0,0004$ y $0,005$, respectivamente). El tratamiento antimicrobiano, días en el hospital y días con fiebre no fueron significativamente diferentes en ambos grupos. Hubo una muerte en el grupo de exploración normal debido a una recaída. La mortalidad no fue significativamente diferente en ambos grupos.

Conclusión: en NFAR, la tomografía de tórax normal cambió la decisión clínica a favor de no iniciar el tratamiento antifúngico a pesar de la fiebre persistente. No hubo diferencia en la mortalidad comparando los pacientes bajo tratamiento antifúngico, lo parece permitir continuar con esta estrategia en más pacientes en el futuro.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES URINARIAS Y NEUMONIAS INTRAHOSPITALARIAS EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL

UNIVERSITARIO CEMIC, SEDE LAS HERAS. RESULTADOS DE UN REGISTRO PROSPECTIVO

Chavin JM¹, Alcalá W², Santini F¹, Soler Riera C¹, Kostianovsky A¹, Jorge L², Galante M^{1,3}

¹Sección Clínica Médica, Departamento de Medicina Interna; ²Servicio de Infectología,

³Unidad Académica Instituto de Investigaciones, IUC-CEMIC, CABA.

Introducción: Las infecciones nosocomiales prolongan la estancia hospitalaria, ocasionan morbilidad y mortalidad, reducen la calidad de vida e incrementan los costos en salud. Conocer sus características es fundamental para reducir estos eventos.

Objetivo: Estimar la prevalencia y describir las características epidemiológicas de las infecciones urinarias (ITU) y neumonías intrahospitalarias (NIH) en pacientes de medicina interna del Hospital Universitario CEMIC, Las Heras.

Métodos: Este estudio evidencia los resultados de un registro prospectivo y continuo de infecciones urinarias y neumonías intrahospitalarias en pacientes internados en la sala de Medicina Interna en CEMIC, sede Las Heras desde Julio 2012 a Junio 2013. Se estimó la prevalencia anual de eventos y se describieron las características de los pacientes y microorganismos involucrados.

Resultados: La prevalencia de NIH e ITU nosocomial fue de 13,4%, siendo levemente mayor en la primera (6,9%) que en la segunda (6,6%). Se constataron 82 infecciones nosocomiales en 69 pacientes. 9 pacientes tuvieron más de una infección. Trece pacientes (18,8%) fallecieron durante la internación, en 11 de ellos la causa pudo asociarse directamente con la infección (letalidad de 15,9% al 18,8%). Sólo un 16,7% de las NIH tuvieron rescate microbiológico en muestras respiratorias, siendo el *staphylococcus aureus* meticilino resistente el más frecuente (4 de 7). El 50% de los pacientes con ITU nosocomial presentaban al momento del diagnóstico sonda vesical. El germen más frecuente aislado fue *Escherichia coli* (45%) seguido de *klebsiella pneumoniae* (27,5%). Se encontraron organismos multiresistentes en el 20,5% de las infecciones.

Conclusión: La prevalencia de NIH e ITU nosocomial en la sala de internación de clínica médica fue del 13,4%, cifra mayor que la descripta internacionalmente por la WHO (8,7%). La implementación de sistemas de vigilancia provee información esencial para aumentar la calidad del cuidado de la salud del paciente y disminuir el número de infecciones intrahospitalarias.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y MICROBIOLOGICAS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL Y DIARREA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL.

Carena AA¹, Boughen S¹, Gagliardi MI¹, Galante M^{1,2}

¹ Sección Clínica Médica, Departamento de Medicina Interna; ²Unidad Académica Instituto de Investigaciones, IUC-CEMIC, CABA.

Introducción: La diarrea es una de las complicaciones más frecuentes del trasplante renal, con consecuencias potencialmente graves.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y hallazgos microbiológicos en pacientes internados con trasplante renal y diarrea aguda o persistente en un hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires.

Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyen pacientes trasplantados renales o renopáncreas que ingresan por, o intercurrentes con diarrea aguda o persistente. Se presentan los resultados de los primeros 36 casos.

Resultados: La mediana de edad de los pacientes fue de 44 años (P25-75: 35-62), 77,8% habían recibido un trasplante renal y el resto renopáncreas. El 72,2% se encontraban en el período post-trasplante tardío. La diarrea fue el motivo de ingreso en el 63,9% de los casos. En el 44,1% de los pacientes no se obtuvo diagnóstico etiológico de diarrea, un 35,3% tuvo diarrea con causa microbiológica específica (17,6% Citomegalovirus, 14,7% Rotavirus y 3% *Clostridium difficile*) y el resto (20,6%) tuvo diarrea por fármacos (Mofetil Micofenolato y Sirolimus). No se detectaron parásitos como agentes etiológicos de diarrea. El 55% de los pacientes que recibieron altas dosis de inmunosupresores previo al ingreso, tuvo diarrea de causa microbiológica específica. En 9 pacientes (25%) se realizó Videocolonoscopía como método adicional, contribuyendo al diagnóstico en sólo un caso. Un tercio de los pacientes sin diagnóstico etiológico tenía infección urinaria asociada. En un 35,3% de los pacientes se realizaron modificaciones de los inmunosupresores como medida terapéutica empírica. La mediana de duración de internación fue de 6 días (P25-75:4-11), y un 12,1% persistió con diarrea al quinto día de internación. Todos los pacientes tuvieron resolución de la diarrea al alta y un tercio persistieron con insuficiencia renal.

Conclusiones: La información obtenida será de utilidad para el manejo clínico y epidemiológico ya que es casi exclusiva en nuestro medio.

IMPACTO CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DE PROFILAXIS ANTIFUNGICA PRIMARIA (PAP) EN PERÍODO PREENGRAFTMENT DE TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS (TCPH)

Herrera F¹, Quintana G¹, Jorge L¹, Herter de Farias C¹, Relloso S¹, Temporiti E¹, I Agorio I², Duarte P¹, Riera L¹, Riveros D¹, Bonvehi P¹

¹ CEMIC, Buenos Aires, Argentina. ² Hospital Britanico, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La PA demostró eficacia en reducir infecciones fúngicas invasoras (IFI) por *Candida* y en menor medida por *Aspergillus*; sin embargo, se ha documentado incremento de *Candida* resistentes a azólicos.

Objetivos: Describir el impacto clínico y epidemiológico de estrategias de PA en preengraftment de TCPH según incidencia de IFI, utilización de antifúngicos empíricos (AE), duración de internación, mortalidad y selección de *Candida* resistentes a azólicos.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se relevaron datos clínicos y epidemiológicos entre 1997 y 2012. El diagnóstico IFI se realizó mediante criterios del EORTC/MSG 2008. Se determinó sensibilidad a fluconazol de especies de *Candida* utilizando puntos de corte del CLSI. Se realizó análisis estadístico de Chi cuadrado, test exacto de Fischer, test de Student o Mann Withney según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 359 TCPH, 280 (78%) autólogos y 79 (22%) alogénicos. Se diagnosticaron 32 IFI: probadas 8 (2.2%), probables 2 (0.6%) y posibles 22 (6.1%). Se utilizó PA en 242 (78%) TCPH, 86% recibió fluconazol y 14% itraconazol o voriconazol. La incidencia de IFI fue de 7.5% y 14% con y sin PA (p= 0.06). Dentro de las probadas, se documentaron candidemias en 2 (0.71%) y 4 (5.1%) con y sin PA (p= 0.02). Se utilizó AE en: 20.6% vs 56.2% (p < 0.001) de pacientes con y sin PA. No hubo diferencias significativas en duración de internación y mortalidad. En pacientes con PA se aislaron *C.parapsilosis* y *C.tropicalis* sensibles a Fluconazol.

Conclusiones: La PA fue eficaz en disminuir la incidencia de candidemias y con tendencia a disminuir IFI. Si bien redujo significativamente la utilización de AE, no hubo diferencias en la duración de la internación ni en la mortalidad probablemente debido al número de la muestra. No documentamos *Candida* resistentes a azólicos en pacientes con PA, por lo que su utilización no tuvo impacto epidemiológico.

INCIDENCIA DE HEPATITIS A AGUDA EN UN HOSPITAL GENERAL EN EL PERÍODO 2002-2012

Ridruejo E¹, Mandó OG¹, Martínez A². ¹Sección Hepatología, Departamento de Medicina, ²Sección Virología, Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC, CABA.

Introducción: Dadas las mejoras en las condiciones sanitarias en muchos países y la implementación de planes de vacunación, la incidencia de la Hepatitis A ha disminuido y su epidemiología ha variado. En nuestro país, la vacuna contra HAV ha sido incluida en el calendario obligatorio de vacunación desde junio de 2005.

Objetivos: Evaluar la incidencia de hepatitis aguda por HAV en nuestra institución entre los años 2001 y 2012, y comparar entre los periodos previo y posterior a la implementación de la vacunación universal.

Materiales y métodos: En la base de datos del laboratorio se identificaron a los pacientes que presentaron HAV IgM e IgG positivo. Se comparó la incidencia y la evolución de los casos clínicos antes y después de la implementación del plan de vacunación. Se utilizó el modelo de regresión de Poisson para el análisis estadístico. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se realizaron 3760 determinaciones de antiHAV IgM (promedio 313 anuales) y 18032 determinaciones de antiHAV IgG (promedio 1502 anuales). La edad media fue de 47 años, y 62% fueron hombres. De los pacientes evaluados por elevaciones agudas de las transaminasas, el 2,7% fueron positivas para antiHAV IgM (101 pacientes). De estos, 59 casos se dieron en el periodo 2002-2005 y 52 en el periodo 2006-2012 (Tabla). De los pacientes evaluados con antiHAV IgG, 50% fueron positivos. Se observa una disminución en la incidencia de antiHAV IgM positivos y un aumento en la prevalencia de antiHAV IgG ($p > 0.05$ para ambas determinaciones).

Conclusión: A partir de la introducción de la vacunación universal contra la hepatitis A, se evidencia una tendencia en la reducción los casos de hepatitis agudas (antiHAV IgM positivos), aunque esta no es estadísticamente significativa.

Año	AntiHAV IgG Total	AntiHAV IgG (+)	%HAV IgG (+)	AntiHAV IgM Total	AntiHAV IgM (+)	% Positividad
2002	826	352	42,6	209	10	4,8
2003	1243	602	48,4	269	19	9,1
2004	1337	598	44,7	320	19	9,1
2005	1535	712	46,4	337	11	5,3
2006	1519	736	48,5	365	11	5,3
2007	1717	863	50,3	307	7	3,3
2008	1871	904	48,3	352	3	1,4
2009	2006	1041	51,9	367	5	2,4
2010	1863	963	51,7	406	6	2,9
2011	1837	982	53,5	373	7	3,3
2012	2143	1218	56,8	414	3	1,4
TOTALES	17897	8971	50,1	3719	101	2,7

Tabla: Determinaciones antiHAV IgG e IgM anuales en el período 2002-2012

INFECCION TARDIA POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN TRASPLANTE RENAL Y RENOPANCREATICO (TRyTRP)

Jorge L¹, Herrera F¹, Bonvehí P¹, Quintana G¹, Herter de Farías C¹, Soler Pujol G², Sleiman J², Videla C³, Temporiti E¹.

¹ Sección Infectología y ² Sección Nefrología, Departamento de Medicina Interna, ³Laboratorio Virología CEMIC, CABA.

Introducción: La infección por CMV se asocia con enfermedad clínica, pérdida del injerto y mortalidad luego TRyTRP. La falta de inmunidad específica y la profilaxis post trasplante se asocian a CMV tardío. El impacto clínico del CMV tardío no está bien descrito.

Objetivos: Describir la incidencia y factores de riesgo asociados al desarrollo de CMV tardío e impacto clínico en TRyTRP.

Materiales y Métodos: Trabajo retrospectivo. Se incluyeron receptores de TRyTRP entre enero 2005 y diciembre 2011. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas comparando pacientes con y sin enfermedad tardía por CMV (> 3 meses post trasplante). El análisis estadístico se realizó con test de Chi cuadrado y test exacto de Fischer para variables categóricas y Student o Mann Withney para variables continuas.

Resultados: Se analizaron 166 receptores de TR y TRP, 110 fueron de donante cadavérico, 40 de donante vivo y 21 renopancreáticos. Desarrollaron CMV tardío 24 pacientes (15.6 %) con una media de 205 días post trasplante. El 42% de los TRP y el 12% de los TR de donante desarrollaron CMV tardío (p=0.007). No se encontró asociación significativa con los tratamientos inmunosupresores y la duración de la profilaxis con ganciclovir. Los factores asociados fueron la presencia de rechazo agudo (66.6%) y la serología para CMV donante/receptor, el 53% de los donante (D) positivo/receptor (R) negativo, el 10.8% D+/R+, el 12.5% D+/R- y el 0% D-/R- presentaron CMV tardío (p<0.001). Manifestaciones clínicas: 9 asintomáticos, 12 fiebre y/o leucopenia, 2 enfermedad gastrointestinal y 1 hepatitis. Todos fueron diagnosticados mediante antigenemia pp65 y recibieron tratamiento ganciclovir con buena evolución. No hubo mortalidad ni pérdida del injerto renal relacionada.

Conclusiones: La incidencia de CMV tardío fue del 15.6%. TRP, mismatch serológico y rechazo agudo fueron factores relacionados. CMV tardío no estuvo asociado a disminución significativa en la sobrevida del paciente y del injerto.

UTILIDAD DE LA ESPECTROMETRIA DE MASAS EN LA IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS AISLADOS DE MUESTRAS CLINICAS

Fares Taie S¹, Farquharson V¹, Azula N¹, Zarate M¹, Bajuk M¹, Nicola F¹, Nievas J¹, Relloso M¹, Smayevsky J¹.

¹Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología; CEMIC, CABA.

Introducción: La identificación microbiana basada en la espectroscopía de masas, específicamente el Matrix Assisted Laser Desorption Ionization Time of Flight (MALDI-TOF) constituye una metodología rápida, confiable y sencilla que permite la identificación microbiana mediante el análisis del perfil de proteínas ribosomales bacteriana

Objetivo: Estudiar la capacidad del MALDI-TOF para la identificación de microorganismos aerobios, anaerobios y levaduras recuperados de muestras clínicas.

Materiales y métodos: Se estudiaron 586 aislamientos clínicamente significativos correspondientes a 120 especies diferentes: 160 enterobacterias, 109 bacilos gram-negativos no-fermentadores, 12 bacterias fastidiosas, 5 *Neisseria gonorrhoeae*, 152 estafilococos, 79 estreptococos, 11 bacilos gram-positivos, 19 bacterias anaerobias y 39 levaduras. Se compararon los resultados obtenidos por MALDI-TOF frente a los métodos convencionales (CON) VITEK y/o manuales. Se analizaron las discrepancias a nivel de género y especie. Los resultados discordantes entre ambas metodologías se confirmaron por amplificación del gen ARNr 16S y secuenciación. Se determinó los tiempos insumidos para realizar la identificación por método MALDI-TOF vs CON.

Resultados: La concordancia global entre ambos métodos fue de 96.7 %, siendo 99.6% a nivel de género, 97 % a nivel de especie (16 cepas discrepantes). Los resultados discrepantes fueron: 1 *Actinomyces oris* por *A naeslundii*, 1 *Raoultella planticola* por *R ornithinolytica*, 2 *Raoultella ornithinolytica* por *R planticola*, 2 *Streptococcus pneumoniae* por *Streptococcus grupo viridans*, 1 *Acinetobacter pittii* por *A grupo baumanni*, 1 *Burkholderia xenocipacia* por *B complejo cepacia*, 1 *Burkholderia seminalis* por *B cepacia*, 2 *Enterobacter ludwigii* por *E cloacae*, 1 *Pseudomonas antártica* por *P grupo fluorescens*, 1 *Pseudomonas fulva* por *P putida*, 3 *Streptococcus gallolyticus ssp gallolyticus* por *S gallolyticus*, 1 *Streptococcus gallolyticus* por *S infantarius*. Un aislamiento de *Porphyromonas asaccharolytica* no fue identificado por el MALDI-TOF.

Conclusiones: Los resultados obtenidos demostraron que el sistema MALDI-TOF permitió identificar más del 95% de los aislamientos incluidos en el presente estudio, tanto a nivel de género como de especie.

PROFILAXIS DE INFECCION DE SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN PACIENTES TRANSPLANTADOS RENALES (TR) Y RENOPANCREATICOS (TRP): CEFAZOLINA VS CLINDAMICINA

Herter de Farías C¹; Jorge L¹; Herrera F¹; Bonvehí P¹; Sleiman J²; Soler Pujol G²; Quintana G¹; Temporiti E¹

¹ Sección Infectología, ² Sección Nefrología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El retardo en la función del injerto (RFI) es una complicación frecuente. Algunos biomarcadores, como el N-GAL, se correlacionan con el diagnóstico precoz y pronóstico de insuficiencia renal aguda (IRA). Estudiando el valor predictivo del N-GAL urinario en el diagnóstico de RFI en TR y TRP no pudiendo utilizar cefalosporinas, se implementó como profilaxis Clindamicina.

Objetivos: Evaluar Clindamicina como profilaxis de ISQ en TR y TRP comparado con cefazolina midiendo la incidencia de ISQ. Identificar tipo de ISQ, infecciones concomitantes en el mes postrasplante. Analizar factores asociados a ISQ: necesidad de hemodiálisis, nefrostomía, y recirugía.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se revisaron historias clínicas de TR y TRP entre 2005 y 2012 adultos. Se comparó clindamicina versus cefazolina con seguimiento a un mes postrasplante. Se utilizaron Test exacto de Fischer para asociaciones y cálculo de riesgo relativo (OR) e intervalo de confianza (IC).

Resultados: Se analizaron 161 pacientes, 144 TR y 7 TRP. 129 recibieron cefazolina profilaxis y 32 clindamicina. La incidencia de ISQ fue de 10.08% y 9.38% respectivamente. ($p=0,60$), siendo la infección órgano-cavidad las más frecuentes (14%). En TRP la incidencia de ISQ fue de 41,18% vs. 6,25% en TR ($p< 0,0001$; OR 10,5; IC 95%, 2,6-39). La infección postrasplante más frecuente fue la urinaria: 62 pacientes (38,5%). La utilización de inmunoglobulinas (102 pacientes) y anticuerpos monoclonales (25 pacientes) presentaron 9,77% de ISQ mientras la utilización de otros esquemas inmunosupresores presentaron 10,7% ($p=0,35$). El 25% de los pacientes que utilizaron clindamicina, requirieron hemodiálisis postrasplante ($p<0,007$). No hubo muertes relacionadas a ISQ.

Conclusión: Clindamicina mostró igual eficacia a la profilaxis Standard. La ISQ más frecuente fue órgano-cavidad. En pacientes trasplantados en seguimiento con N-GAL la utilización de clindamicina como profilaxis sería segura y efectiva.

UTILIDAD DE LA ESPECTROMETRÍA DE MASAS MALDI-TOF MS EN LA IDENTIFICACIÓN DE BACTERIAS ANAEROBIAS

Zarate MS, Romano V, Nieves J, Smayevsky J.

Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, CEMIC, CABA.

La espectrometría de masas MALDI-TOF MS (Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization Time Of Flight Mass Spectrometry, Bruker®) se ha convertido en un recurso de referencia para la identificación de microorganismos. No obstante, los datos relativos a algunos grupos de microorganismos son todavía controvertidos. El objetivo del presente estudio es determinar la utilidad del MALDI-TOF MS para la identificación de aislamientos clínicos de bacterias anaerobias.

Se analizaron 100 aislamientos y 2 cepas control ATCC: 58 bacilos gram-negativos (BGN) (33 *Bacteroides fragilis*, 2 *B thetaiotaomicron*, 1 *B vulgatus*, 1 *B caccae*, 1 *B ovatus*, 1 *B intestinalis*, 1 *B nordii*; 3 *Prevotella bucae*, 3 *P nigrescens*, 1 *P histicola*, 1 *P corporis*, 1 *P intermedia*, 1 *P pallens*, 1 *P oris*; 2 *Fusobacterium varium*; 3 *Porphyromonas asaccharolytica*, 2 *P uenonis*); 37 bacilos gram-positivos (BGP) (15 *Clostridium perfringens*, 10 *C difficile*, 1 *C paraputrificum*, 1 *C sordellii*, 1 *C butyricum*, 5 *Propionibacterium acnés*, 1 *P avidum*, 1 *Actinomyces meyeri*, 1 *A oris*, 1 *Alloscardovia omnicolens*); 8 cocos gram-positivos (CGP) , (4 *Peptoestreptococcus anaerobius*, 3 *Finegoldia magna*, 1 *Anaerococcus anaerobius*) y 1 coco gram-negativo (CGN) (*Veionella spp*). Dichos aislados fueron identificados mediante MALDI-TOF MS, utilizando la base de datos BioTyper 3.1, por pruebas bioquímicas convencionales, sistema API 20 A, Rapid ID 32 A (*bioMérieux*) y por amplificación del gen 16 S ARNr con posterior secuenciación. Los scores > 2 por MALDI-TOF MS fueron considerados como validos.

El método convencional y el MALDI-TOF MS coincidieron, a nivel de género y especie en un 95 %, siendo los BGN 91%, BGP, CGP y CGN 100%. Los 5 aislados no identificados por el MALDI-TOF MS pertenecen al género *Porphyromonas spp* confirmados por secuenciación.

Los datos obtenidos en este estudio demuestran que el MALDI-TOF MS ofrece una muy buena identificación de bacterias anaerobias aisladas de muestras clínicas.

¡ALERTA! EMERGENCIA DE AISLAMIENTOS DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORES DE CARBAPENEMASAS KPC CON APARENTE SENSIBILIDAD *IN VITRO*.

Nicola F, Nievas J, Zárate MS, Relloso MS, Smayevsky J

Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, CEMIC, CABA

Introducción: Recientemente hemos observado la emergencia de aislamientos de enterobacterias productoras de carbapenemasas KPC (Eb-KPC) con sensibilidad atípica, escapando a los algoritmos de búsqueda propuestos.

Objetivo: Describir aislamientos de Eb-KPC con sensibilidad aparente a los carbapenemes, no detectados con los puntos de corte (PC) sugeridos como *screening* para su búsqueda.

Métodos: Se estudiaron 10 aislamientos (9 *K. pneumoniae* y 1 *E. coli*) provenientes de urocultivos(n=6), líquidos abdominales(n=3) y portación fecal(n=1). Se determinó la sensibilidad a imipenem(IMP), meropenem(MER) y ertapenem(ERT) por difusión con discos, microdilución y Vitek-2C. Se realizó Test de Hodge y sinergia de carbapenemes con ácido fenil-borónico(APB). La presencia de carbapenemasas KPC se investigó por PCR, usando cebadores específicos para *bla-kpc*.

Resultados: Todos los aislamientos mostraron sinergia entre carbapenemes y APB, dieron positivos el Hodge y tenían el gen *bla-kpc* por PCR. Nueve aislamientos tuvieron halos ≥ 23 mm tanto para IMP como para MER. Con el Vitek-2C, las CIMs de IMP fueron ≤ 1 ug/ml en 9 aislamientos e igual a 1ug/ml en el restante; y para MER fueron $\leq 0,25$ ug/ml en 7 aislamientos y 1ug/ml en los otros 3. Con la microdilución, las CIMs de IMP fueron ≥ 2 ug/ml en 5 aislamientos, las de MER fueron $\leq 0,5$ ug/ml en 7 cepas e igual a 1 ug/ml en las 3 restantes; y las de ERT fueron todas ≤ 2 ug/ml.

Conclusiones: Alertamos sobre aislamientos de Eb-KPC que podrían no ser detectados según los PC actuales para su búsqueda. Según el CLSI, se debe sospechar Eb-KPC ante halos de 16-21mm para MER o de 19-21 para ERT o CIMs de 2-4ug/ml para MER o 2ug/ml para ERT. Por ende, tanto el sistema Vitek-2C, la difusión con discos o la microdilución presentan dificultades para detectar estas Eb-KPC. Sólo los discos de ERT lograron detectar todos estos aislamientos, con halos ≤ 23 mm. Los métodos fenotípicos pudieron detectar todas las Eb-KPC incluidas en este estudio.

TERAPIA COMBINADA PARA *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS TIPO KPC. EVALUACIÓN *IN VITRO* MEDIANTE CURVAS DE MUERTE.

Nicola F, Nievas J, Bajuk M, Smayevsky J

Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, CEMIC, CABA

Introducción: Los aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* productores de carbapenemasas KPC (Kp-KPC) muestran resistencia a múltiples antibióticos, por lo que se han utilizado una gran variedad de tratamientos para estos organismos multi-resistentes. Si bien hay estudios que muestran una mayor efectividad de terapias combinadas de meropenem (Mero), tigeciclina (Tige) y/o colistin (Col), faltan estudios *in vitro* que expliquen tales observaciones.

Objetivo: Evaluar la cinética de muerte de aislamientos de Kp-KPC frente a Mero, Tige y Col, en forma individual y en las diferentes combinaciones posibles.

Métodos: Se estudiaron 15 aislamientos clínicos únicos de Kp-KPC. Las CIMs (ug/ml) a Mero fueron (n): 0,5 (1), 1 (3), 2 (2), 4 (5), 8 (2) 16 (2). Se evaluó la cinética bactericida mediante curvas de muerte, con recuentos a las 4-hs, 8-hs, 24-hs y 48-hs de incubación. Las concentraciones ensayadas fueron: Mero= 5ug/ml, Tige= 0,5ug/ml y Col= 1ug/ml.

Resultados: Los antibióticos individuales fueron muy poco activos frente a los aislamientos estudiados, siendo bactericidas a las 24 hs en sólo 4 aislamientos con las CIMs más bajas (≤ 1 ug/ml para Mero y $\leq 0,5$ ug/ml para Col). Las combinaciones Mero+Col y Mero+Tige+Col fueron las de mayor bactericidia (11 y 12 aislamientos, respectivamente). Las únicas 2 cepas que no fueron inhibidas con la combinación Mero+Col fueron aquellas con las CIMs ≥ 8 ug/ml. Además, estas combinaciones fueron capaces de reducir los recrecimientos a las 24 o 48 hs de incubación. Con las combinaciones Mero+Col y Mero+Tige+Col se observó sinergia en 8 y 10 aislamientos, respectivamente. Las combinaciones Mero+Tige y Col+Tige mostraron una actividad moderada; logrando bactericidia en sólo 6 aislamientos y observándose recrecimientos en otros 6.

Conclusiones: Nuestros resultados respaldan la utilidad de las terapias combinadas, explicando los hallazgos de estudios clínicos previos. La mayor efectividad estaría dada por la sinergia lograda, obteniéndose una bactericida mayor y sostenida.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA (TALO)

Tisi Baña MR¹, Princz M¹, Quiros R², Berro M³, Rivas M³, Apolini S¹, Pereyra Acuña M², Casanova M², Kremer G², Grassi D¹, Kusminsky G³

¹Servicio de Clínica Médica, ²Servicio de Infectología, ³Servicio de Hematología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires.

Introducción: La infección por CMV es la infección viral más frecuente en pacientes con TALO. Las estrategias para disminuir su incidencia se basan en la prevención primaria (profilaxis) o en la prevención del desarrollo de enfermedad (tratamiento preventivo). La identificación de los factores de riesgo asociados permitiría optimizar las estrategias terapéuticas disponibles.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de infección y enfermedad por CMV en pacientes sometidos a TALO.

Material y métodos: A través de un estudio observacional, retrospectivo se revisaron las fichas clínicas de los TALO realizados entre Junio 2003 y Mayo 2011. Para la identificación de factores de riesgo asociados con el desarrollo de infección por CMV se estimaron las incidencias actuariales y los riesgos relativos (RR) a través de un análisis univariado y multivariado.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes. La incidencia actuarial al primer episodio de infección por CMV fue del 35,2% (IC95% 23,4%–49,1%). En el análisis univariado el uso de globulinas anti-linfocíticas (RR 9,92; IC95% 3,88–25,36; $p < 0,0001$) y el TALO no relacionado (RR 7,16; IC95% 3,05–16,81; $p < 0,0001$) se asociaron significativamente a mayor riesgo de desarrollo de infección por CMV. En el análisis multivariado el uso de globulinas anti linfocíticas permaneció como variable significativa (RR 6,65; IC95% 2,24 – 19,79; $p < 0,001$). La presencia de infección por CMV no modificó la mortalidad a 5 años (47,91% vs 40,7%; RR 1,26; IC95% 0,58 – 2,75; $p 0,57$), sólo el TALO no relacionado resultó un factor de riesgo independiente (3,97; IC95% 1,85 – 8,50; $p < 0,001$).

Conclusiones: A diferencia de otras series, en nuestro estudio sólo el uso de globulinas anti-linfocíticas se asoció en forma independiente con el riesgo de infección por CMV. El tratamiento preventivo ha demostrado ser una estrategia efectiva al no detectarse mayor mortalidad en los pacientes con infección por CMV.

CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DEL PRIMER BROTE SIMULTÁNEO DE *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* Y *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* PRODUCTORAS DE KPC2 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARGENTINA

Nievas J¹, García Ramirez D¹, Nicola F¹, Arduino S¹, Morosini MI², Rodríguez M², Sánchez-Díaz A², Cantón R², del Campo R², Smayevsky J¹.

¹Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC, CABA, Argentina. ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción: Las carbapenemasas (Carb) de tipo KPC han sido reportadas en todo el mundo, principalmente en *Klebsiella pneumoniae* (*Kpn*) entre las enterobacterias y en bacilos negativos no fermentadores. Si bien se ha documentado la presencia de esta Carb en *Pseudomonas aeruginosa* (*Pae*), no hay descripciones de la emergencia conjunta en *Kpn* y *Pae*.

Objetivos: Caracterizar genéticamente un brote simultáneo de aislamientos de *Kpn* y *Pae* productores de Carb KPC en nuestra Institución y evaluar la posible dispersión de plásmidos entre ambas especies.

Métodos: Se estudiaron un total de 44 aislamientos clínicos productores de KPC, 24 *Kpn* y 20 *Pae* recuperados de muestras clínicas de pacientes hospitalizados. La presencia de Carb fue inicialmente sospechada por el patrón de sensibilidad a los carbapenemes y se confirmó mediante PCR y posterior secuenciación. Se estudió su relación genética por PFGE y MLST. Se evaluó la presencia de plásmidos mediante digestión con endonucleasa S1 y la localización de genes *bla*_{KPC} se confirmó mediante hibridación *Southern-blot*.

Resultados: Se confirmó la presencia del gen *bla*_{KPC-2} en las 44 cepas estudiadas. Los aislados de *Kpn* mostraron pulsotipos altamente relacionados, correspondían a los ST 258 y ST 309. Los aislamientos de *Pae* productores de KPC-2 se agruparon en ST 654 y mostraron un único patrón de bandas en el PFGE. Los resultados de la digestión con endonucleasa S1 e hibridación sugieren que el mismo plásmido con el gen *bla*_{KPC-2} podría estar presente en las dos especies.

Conclusiones: Describimos el primer brote simultáneo de *Kpn* y *Pae* productores de Carb KPC-2 en nuestra institución. Los secuenciotipos coinciden con los descriptos mundialmente. El hallazgo del mismo plásmido con el gen *bla*_{KPC-2} en *Kpn* y *P. aeruginosa*, sugiere transferencia entre ambas bacterias. Dada la importancia de la resistencia mediada por carb, este hallazgo posee una gran relevancia epidemiológica, constatando la gran versatilidad de este plásmido para transmitirse horizontalmente inter e intra especies.

CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA: LA DETERMINACIÓN EN LOS LABORATORIOS: ¿ES LO SUFICIENTEMENTE CONFIABLE PARA GUIAR UN TRATAMIENTO?

Nievas J, Nicola F, Smayevsky J

Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC, CABA.

Introducción: La presencia de carbapenemasas (Carb) en los hospitales crece exponencialmente. Frente a estos aislamientos no existen opciones terapéuticas concretas. Estudios de PK/PD y la experiencia clínica sugieren éxito terapéutico utilizando carbapenemes combinados con otro/s antibiótico/s activo. Estos proponen que esta combinación depende de la CIM (concentración mínima inhibitoria) de cada aislamiento, y que según este valor la terapia puede ser con combinaciones de dos o tres antibióticos. Es por esto que debemos contar con ensayos con resultados de CIM fiables, ya que guiarán la selección de la terapia combinada utilizada.

Objetivo: Evaluar la concordancia de los resultados de CIM a imipenem (Imi) y meropenem (Mero) del método automatizado Vitek 2, comparados con la microdilución en caldo, en cepas de *Klebsiella pneumoniae* (*Kpn*) productoras de Carb KPC.

Métodos: Se estudiaron 36 aislamientos clínicos de *Kpn* portadoras del gen *bla_{KPC}*, confirmadas por PCR. Se determinó la CIM para Imi y Mero utilizando el sistema automatizado Vitek 2 (BioMerieux) y se comparó con la microdilución en caldo (Sensititre, Trek Diagnostics), siendo este el método de referencia según el *Clinical and Laboratory Standards Institute*.

Resultados: En nuestro estudio 18/36 cepas no mostraron diferencias en las CIMs de Imi entre ambos métodos y 15/36 difirieron en solo una dilución. Tres cepas mostraron diferencias de ± 3 diluciones. Las CIMs de Mero fueron iguales para 12 cepas y otras 17 mostraron diferencia de solo una dilución entre ambos métodos. Solo 7 cepas difirieron en ± 3 diluciones.

Conclusiones: Nuestros resultados mostraron una muy buena correlación del Vitek-2 respecto a la microdilución para determinar el valor de CIM de Imi y Mero. El 85% de los resultados estuvieron dentro del error de ± 1 dilución aceptado para el método. Las CIMs de Imi según el Vitek-2 mostraron una leve tendencia a dar una dilución más que la microdilución, no así las de Mero. Podemos considerar que el sistema Vitek-2 correlaciona bien con el método de referencia y puede ser utilizado para determinar la CIM a carbapenemes en aislamientos de *Kpn* productores de carb.

ENFERMEDAD POR PRIONES: CREUTZFELDT-JAKOB. Reporte de un caso.

Brom M¹, Recondo G¹, Callegari C¹, Rodríguez Giambagli N¹, Lopez Saubidet C¹.

¹Servicio de Medicina Interna, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción: Las enfermedades por priones son trastornos neurodegenerativos que se caracterizan por presentar largos períodos de incubación, rápida progresión y pronóstico ominoso. La enfermedad de Creutzfeldt–Jakob es la enfermedad por priones más frecuente. Por tratarse de una enfermedad de baja prevalencia no suele considerarse dentro de los algoritmos diagnósticos iniciales, y debido a esto, su diagnóstico suele retrasarse o incluso no alcanzarse.

Caso: Mujer de 73 años con antecedentes de diabetes tipo II no insulino requirente y migrañas. Se interna para estudio de un cuadro de semanas de evolución de movimientos coreicos y parestesias de miembro superior derecho asociados a disartria leve. Se realizaron RMN, EEG y punción lumbar sin resultados positivos. Se interpretó inicialmente como un cuadro psiquiátrico y se indicó tratamiento. Se interna 2 meses después con anartria, rigidez generalizada y mioclonías del miembro superior derecho y peribucales. Se repiten los estudios complementarios, hallándose alteraciones compatibles con Creutzfeldt – Jakob. En la RMN presenta hiperintensidad de señal en DWI en cabeza de núcleo caudado, núcleo lenticular y de forma difusa a nivel cortical, con mínima caída en ADC. En LCR presenta serologías y anticuerpos negativos para otro tipo de encefalitis, proteína 14-3-3 negativa, y proteína Tau positiva. Se realiza nuevo EEG que informa trazado de bajo a mediano voltaje con predominio de actividad lenta en ambos hemisferios y actividad de ondas agudas y trifásicas en áreas anteriores de ambos hemisferios. Se interpreta como status epiléptico no convulsivo e inicia tratamiento anticomitial, al que fue refractario.

Comentario: Las enfermedades por priones son patologías de difícil diagnóstico, ya que la certeza se alcanza únicamente por biopsia cerebral. Ésta no suele llevarse a cabo por su alta tasa de contagio durante la toma de material y por ser incurables, por lo que el diagnóstico de certeza no genera cambios de la conducta terapéutica.

FUSARIOSIS DISEMINADA POR FUSARIUM SOLANI EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOBLÀSTICA AGUDA (LMA). Reporte de un caso

Turienzo M¹, Gagliardi MI¹, Mandó F¹, Avanzato L¹, Mandó P¹, Huber M², Relloso S⁴, Herrera F³.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección Hematología, ³Sección Infectología, Departamento de Medicina, ⁴Laboratorio de Microbiología, Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC, CABA.

Introducción: En Argentina, *Fusarium* spp es el segundo agente etiológico en frecuencia de infecciones invasoras por hongos miceliales en pacientes oncohematológicos. Presenta una mortalidad mayor al 80% en pacientes que persisten neutropénicos y su tratamiento es dificultoso dado que es resistente *in vitro* a múltiples antifúngicos.

Caso: Mujer de 34 años con diagnóstico de LMA M2 y neutropenia prolongada que luego de 13 días de profilaxis antifúngica con posaconazol, presenta fiebre, mialgias, pápulas cutáneas y nódulos subcutáneos en cara y miembros. Inicia Anfotericina B Liposomal (AmB L) 5 mg/kg/día. TC de tórax normal y TC de SPN: mínimo engrosamiento mucoso de Seno Maxilar derecho. En la biopsia cutánea y los hemocultivos por lisis centrifugación desarrolló *Fusarium solani* y la anatomía patológica demostró angioinvasión. Luego de 5 días de AmBL con fiebre persistente y progresión de lesiones se agrega Voriconazol. A las 24 hs presenta epistaxis y costra necrótica en tabique nasal y una TC muestra mayor engrosamiento mucoso. La endoscopia de senos evidenció mucosa necrótica, examen directo con hifas tabicadas y desarrollo de *Fusarium solani*. Al sexto día de Voriconazol evoluciona afebril y con mejoría significativa. Recibe trasfusión de Granulocitos hasta la salida de neutropenia. Completa cuatro semanas de tratamiento combinado, continuando luego con Voriconazol con remisión clínica y endoscópica. Recibe trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) alogénico y profilaxis secundaria con voriconazol sin recaída luego de 8 meses.

Discusión: *Fusarium* spp en pacientes oncohematológicos puede producir enfermedad localmente invasiva y diseminada. La presentación clínica incluye fiebre refractaria, lesiones cutáneas, sinusitis y lesiones pulmonares. Los pacientes que sobreviven pueden tener recaídas con ciclos subsecuentes de inmunosupresión a pesar del tratamiento. AmBL o voriconazol son los tratamientos recomendados. La experiencia con tratamiento combinado más infusión de granulocitos es escasa. En nuestra paciente solo pudo controlarse la micosis con estas medidas y a pesar de la alta mortalidad sobrevivió al TCPH sin recaídas.

PANICULITIS PANCREÁTICA ASOCIADA A SOBREENFECCIÓN POR SALMONELLA ENTERITIDIS. Reporte de un caso.

Zerboni S¹, Dianti M¹, Ciliberti E¹, Garcia Falcone G¹, Salgado C¹, Lopez Saubidet C¹.

¹Servicio de Medicina Interna, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción: La paniculitis es una entidad heterogénea que involucra múltiples enfermedades inflamatorias que comprometen el tejido celular subcutáneo y se presenta habitualmente como nódulos o placas inflamatorias ubicadas principalmente en miembros inferiores.

Caso Clínico: Mujer de 59 años con antecedentes de IRC secundaria a reflujo vesicoureteral que presenta cuadro de pancreatitis aguda de etiología no biliar y mejora con tratamiento médico. Presenta lesiones nodulares en miembros inferiores, interpretadas inicialmente como eritema nodoso por lo que recibe Meprednisona 60mg/día. Por persistencia de lesiones en miembros inferiores se biopsia con anatomía patológica compatible con Panarteritis nodosa recibiendo pulsos de metilprednisolona. Se cultivan las muestras con aislamiento de *Salmonella enteritidis* sensible a Ciprofloxacina. Evoluciona con progresión de las lesiones con ulceración, dolor y supuración asociado a fiebre y artritis de la tercera articulación metacarpofalángica derecha, carpo derecho y codo izquierdo. Se realiza debridamiento de las lesiones con rescate en muestras de piel y partes blandas de *Salmonella enteritidis* multisensible, con hemocultivos negativos y se confirma la presencia de osteomielitis por imágenes y patología. Se recibe resultado de anatomía patológica, que describe: tejido celular subcutáneo con paniculitis predominantemente lobulillar, necrosis de adipocitos (con aspecto de células fantasma), abundante material basofílico intersticial con focos de calcificación. No se observan fenómenos de vasculitis. Se interpreta paniculitis lobulillar pancreática.

Discusión: La paniculitis pancreática es una complicación observada en el 2-3% de pacientes con compromiso pancreático. Su etiología no es clara siendo la hipótesis la liberación de enzimas pancreáticas a la microcirculación a través del sistema linfático, logrando que penetren a los lóbulos adiposos e hidrolicen los gliceroles generando necrosis grasa e inflamación. El tratamiento se basa en control y sostén de la patología de base. El estudio anatomopatológico de entidades que comprometen al tejido celular subcutáneo permite una correcta interpretación y terapéutica evitando efectos adversos indeseados.

ENDOCARDITIS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE Y GEN *mecA* NEGATIVO.

Zarate MS¹, Herrera F², Fernández S³, Di Gregorio S³, Mollerach M³, Nicola F¹, Bonvehi P², Smayevsky J¹.

¹Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología; ²Sección de Infectología, CEMIC, CABA; ³Cátedra de Microbiología. Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, CABA..

Introducción: *Staphylococcus aureus* es un microorganismo con características de virulencia y resistencia a los antibióticos. Desde el año 2012 el CLSI (Clinical Laboratory Standard Institute) ha definido al disco de cefoxitina como el principal marcador para la detección de la meticilino resistencia mediada por el gen *mecA*.

Caso Clínico: Paciente masculino de 61 años que ingresa el 12/8/2012 por infarto agudo de miocardio y se coloca Stent. Como complicación de una vía periférica desarrolla trombosis de vena superficial con *S. aureus* meticilino sensible (SAMS). Recibió tratamiento con teicoplanina, cefazolina/cefalexina por 4 semanas. El 19/9/2012 reingresa por cuadro de sepsis sin foco. En hemocultivos se obtiene desarrollo de SAMS, CIM oxacilina: 0,75 ug/ml. El 20/9/2012 se realizó un ecocardiograma transesofágico que no evidenció vegetaciones. Inició tratamiento con vancomicina y piperacilina/tazobactam, pasando luego a cefazolina, completando 6 semanas. El 2/11/2012 reingresa con fiebre y en 2/2 hemocultivos se aísla SAMS con igual antibiotipo al inicial. El 8/11/2012 se realizó ecocardiograma transesofágico evidenciándose imagen de vegetación en válvula tricúspide. Inicia tratamiento con vancomicina y cefazolina. El 10/11/2012 una TC de tórax mostró imágenes compatibles con embolias sépticas. El 16/11/2012 en 2/2 hemocultivos se obtienen desarrollo de *S. aureus* meticilino resistente (SAMR), CIM Oxacilina: 24 ug/ml y sin resistencias acompañantes. Recibió tratamiento con vancomicina, daptomicina y teicoplanina asociadas a rifampicina, completando 6 semanas. Mediante la técnica de electroforesis en campo pulsado se determinó que todos los aislados presentaron idéntico patrón de bandas. La detección del gen *mecA* fue negativa.

Conclusiones: En base a estos resultados atribuimos como probables mecanismos de resistencia a la hiperproducción de betalactamasa estafilocócica o a la modificación (hiperproducción o alteración) de las PBPs 1, 2, y 4.

Si bien la incidencia de cepas con este fenotipo es poco frecuente, destacamos la utilidad de la oxacilina para detectarlas y la importancia de las técnicas moleculares para poner en evidencia posibles mecanismos de resistencias no habituales en la práctica clínica diaria.

Utilidad del Galactomanano en Lavado Broncoalveolar (LBA) para diagnóstico de Aspergilosis Pulmonar Invasora (API) en pacientes oncohematológicos con galactomanano sérico negativo

F Herrera¹, G Quintana¹, L Jorge¹, C Herter de Farías¹, P Rodríguez ¹, M Otaola¹, P Bonvehí¹, Agorio², S Relloso¹, P Duarte¹, L Riera¹, R Cacchione¹, E Temporiti¹

1. CEMIC, Buenos Aires, Argentina; 2. Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El diagnóstico y tratamiento precoz de API reduce la mortalidad. El diagnóstico etiológico resulta difícil dado que *Aspergillus* spp. no se recupera en hemocultivos, y en LBA solo se aísla en el 50% de los casos. El galactomanano en LBA incrementa significativamente la eficacia diagnóstica. Los galactomananos séricos permiten el diagnóstico temprano pero pueden tener falsos negativos, especialmente en pacientes con antifúngicos contra hongos filamentosos.

Objetivos: Describir la utilidad diagnóstica del galactomanano en LBA en pacientes oncohematológicos con sospecha de API y galactomanano sérico negativo.

Material y métodos: Estudio descriptivo de cohorte. Se relevaron datos clínicos y microbiológicos de historias clínicas de pacientes oncohematológicos monitoreados bisemanalmente con galactomanano sérico.

Se analizaron los casos con infiltrados pulmonares con galactomanano sérico negativo en los que se realizó LBA. La API se definió según criterios del EORTC/ MSG. Se consideró galactomanano sérico negativo y en LBA positivo a índices < 0.5 y ≥ 1 respectivamente.

Resultados: De 252 pacientes, se documentaron 6 episodios de infiltrados pulmonares con galactomanano sérico negativo y LBA con cultivo negativo y galactomanano positivo.

Las características más relevantes se encuentran en la tabla

Enfermedad de base	Duración de neutropenia al diagnóstico de API	Imágenes en TC	Profilaxis anti hongos Filamentosos	Duración de profilaxis al diagnóstico de API	Evolución con tratamiento apropiado
LLA	35	Consolidación	Voriconazol	60 días	Favorable
LMA	20	Nódulos con halo	Anfotericina B liposomal	14 días	Favorable
LMA	10	Consolidación	No		Favorable
LNH y SIDA	5	Consolidación y vidrio esmerilado	No		Favorable
LLA	22	Nódulo cavitado, vidrio esmerilado	No		Muerte no asociada a API

LNH y TCPH	16	Nódulo con halo	No		Favorable
------------	----	-----------------	----	--	-----------

Conclusiones: La detección de galactomanano en LBA permitió el diagnóstico de 6 eventos de API, siendo útil aún en pacientes con duración prolongada de profilaxis antifúngica. Esto permitió el tratamiento apropiado y evolución favorable en 5 de ellos.

Estos datos afirman la utilidad diagnóstica de la detección de galactomanano en LBA de pacientes con sospecha de API y galactomanano sérico negativo.

USO DE QUIMIOTERAPIA INTENSIVA (hyperCVAD/MTX-ARAC) EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS. NUESTRA EXPERIENCIA.

Molina Pilar V, Cuba A, Cazap N, Dupont J, Rivero D.

Servicio de hematología y hemoterapia, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción: El régimen hyperCVAD-MA ha demostrado ser en los últimos años de alta eficacia en el tratamiento de neoplasias hematológicas como leucemia linfoblástica aguda y linfoma no Hodgkin. Sin embargo el uso de este tratamiento se ha visto generalmente limitado por su alta toxicidad hematológica.

Objetivo: Describir la evolución de los pacientes durante el tratamiento con hyperCVAD-MA, y determinar la frecuencia de aparición de efectos adversos y su influencia en la continuidad del mismo.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que recibieron HyperCVAD-MA en CEMIC entre Enero del 2010 y Septiembre del 2013. Se registraron las internaciones por neutropenia febril, cantidad total de transfusiones, días de neutropenia y plaquetopenia.

Resultados: Se registraron 63 ciclos totales de hyperCVAD-MA en 9 pacientes con enfermedad (mediana de 8 ciclos). En el 58.7% de los ciclos se constató neutropenia, constituyendo éste el efecto adverso más frecuente, seguido por plaquetopenia que se registró en el 52.3% de los ciclos. La mediana de duración de neutropenia fue de 12 días, y de plaquetopenia de 16 días. Por paciente se transfundieron en promedio 8.7 unidades de glóbulos rojos y 20.3 concentrados de plaquetas. El 41% de los ciclos requirió internación posterior debido a complicaciones relacionadas al tratamiento, de las cuales la más frecuente fue neutropenia febril, constituyendo el 76.9% de las mismas. De los 9 pacientes incluidos en el análisis, 6 finalizaron el tratamiento de forma completa y 3 lo suspendieron antes de completarlo (2 por toxicidad y 1 por falta de adherencia).

Conclusiones: La toxicidad del tratamiento en nuestra experiencia ha sido similar a la reportada, por lo tanto continuamos considerando el uso de esta estrategia en pacientes con enfermedad linfoproliferativa agresiva como primera elección.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL ESTADO MUTACIONAL DE KRAS, BRAF-V600E y PI3K EN UNA POBLACION ARGENTINA DE TUMORES COLORECTALES PRIMARIOS

Perazzo F¹, Mando P², Krupitzki H³, Avagnina A⁴, Garcia A⁴, Dennighoff V⁴

¹Sección Oncología, Departamento de Medicina, ²Residencia Medicina Interna, ³Departamento de Ginecología y Obstetricia, ⁴Servicio de Patología, CEMIC

Introducción: El conocimiento de las mutaciones en el gen KRAS es importante para toma de la decisión terapéutica ya que en su ausencia el uso de anticuerpos antiEGFR ha mejorado la supervivencia global (SVG) y las respuestas (RR), pero ha aumentado los efectos adversos y costos, por lo cual sería provechoso individualizar los pacientes que más se beneficiarían. Esta selección basada en su mutación es específica para los no respondedores pero no sensible debido a que solo la mitad de los pacientes con tumores wild-type responden, obligando a analizar que importancia presentan otras mutaciones. Entre estas se encuentra el gen BRAF del cual la evidencia muestra que la mutación afecta negativamente las terapias anti-EGFR con menor SVG. Considerando que el EGF activa también la vía del PI3K analizar su mutación permitirá comprender su relación a la respuesta al tratamiento. La mutación del PI3K otorgaría un valor predictivo negativo.

Objetivo: Analizar el estado mutacional de los genes descriptos, la relación existente entre los mismos, para poder realizar un análisis de resultados que permita evaluar la combinación de las mutaciones como factores predictivos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y prospectivo. 152 pacientes enrolados desde 1° de enero 2008. Criterios de inclusión: diagnóstico de cáncer colorectal, mayores de 18 años, biopsia disponible del tumor primario o metastásico y firma del consentimiento informado. Criterio de exclusión: biopsia sin características apropiadas. Se analizó el estado mutacional de los genes KRAS, BRAF y PI3K.

Resultados

Combinación	Gen	% (n)
Triple WT	KRAS + BRAF + PIK3CA	53% (81)
Triple mutación	KRAS + BRAF + PIK3CA	0
Doble mutación	KRAS + BRAF	4% (6)
	KRAS + PIK3CA	1% (2)
	BRAF + PIK3CA	0
Mutación simple	KRAS	30 % (46)

	BRAF	10% (15)
	PI3K	1% (2)

Discusión: El trabajo realizado es el primero en Argentina que permite describir las características biomoleculares de los tumores colorectales. El objetivo del mismo supera aún las conclusiones obtenidas y arroja información como punto de partida para unir estos datos a la situación clínica.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA DISTRIBUCION DE DISTINTOS TIPOS BIOLÓGICOS DE ADENOCARCINOMA DE PULMON AVANZADO EN CEMIC.

Recondo G¹, Perazzo F¹, Díaz Cantón E¹, Greco M¹, De La Vega M¹, Avagnina A², Denninghoff V₂, Cuello MT², Rodríguez P³, Nazar J⁴, Kozima S⁵, Recondo G(H)⁶.

¹Servicio de Oncología, ²Servicio de Patología, ³Servicio de Neumonología, ⁴Servicio de Cirugía Torácica, ⁵ Servicio de Diagnóstico por Imágenes, ⁶ Servicio de Medicina Interna; CEMIC, CABA.

Introducción: El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en ambos sexos en el mundo. Se han descriptos anomalías genéticas específicas en más del 60 % de los Adenocarcinomas de Pulmón siendo las más frecuentes KRAS (27%), EGFR (17%) y ALK (7%) y menos frecuentes: BRAF, c-MET, HER2, PI3K, AKT, MEK y NRAS. Algunas de estas mutaciones predicen respuesta a terapias dirigidas y tienen implicancia en el tratamiento. No hay datos acerca de la prevalencia de estas alteraciones genéticas en nuestro país.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de las mutaciones de Adenocarcinoma de Pulmón en pacientes con enfermedad avanzada (estadio IIIB o IV), pasibles de tratamiento en nuestra población. Las mutaciones en estudio son EGFR, KRAS, BRAF, ALK y c-MET.

Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón estadio IIIB o IV candidatos a tratamiento sistémico con biopsia suficiente para realizar las determinaciones mutacionales por PCR-secuenciación de KRAS, EGFR y BRAF y/o la determinación por inmunohistoquímica (IH) de la activación de ALK y la amplificación de C-MET.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes desde Marzo 2012 a Mayo 2013. Se detectó mutación de KRAS n = 8 (19 %), mutación de EGFR n = 3 (8.1%) 2 en el exón 21-L858R de 35 y una delección del exón 19 de 37 muestras. No se evidenció mutación de EGFR exón 18 en 32 muestras, exón 20 en 31 muestras ni mutación de BRAF (V600E/K600E1/D594G en 39 y G469A en 30 muestras). ALK fue negativo en 44 muestras y se detectó amplificación de c-MET n =5 de 43 muestras (11.6%).

Conclusiones: A la fecha hemos detectado mutación de EGFR en 3 pacientes, KRAS en 8 pacientes y sobre expresión de c-MET en 5 pacientes en nuestra población. Si bien los datos presentados al momento son limitados, el estudio continúa en fase de reclutamiento para describir la distribución de las mutaciones en adenocarcinoma de pulmón en un total

de 100 pacientes. Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de dichas alteraciones moleculares en nuestro país.

FRECUENCIA DE LA DUPLICACIÓN INTERNA EN TANDEM EN EL GEN *FLT3* EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA).

Gargallo P¹, Martín AP¹, Romano V¹, Cazap N², Forgone S¹, Cacchione R², Riveros D², Montero V¹.

¹Laboratorio de Hematología, Departamento de Análisis Clínicos. ²Servicio de Hematología Clínica. CEMIC, CABA.

Las LMA son desórdenes clonales originados a partir de la transformación maligna de una célula hematopoyética troncal. En algunas categorías se observa una correlación entre los resultados morfológicos de los blastos y alteraciones genéticas. Recientemente, se han descrito marcadores genéticos de pronóstico como la duplicación interna en tándem (ITD) y mutaciones en el dominio kinasa (TKD) en el gen *FLT3* e inserciones en el gen nucleofosmina (*NPM1*). Las mutaciones en el gen *FLT3* se asocian a peor pronóstico mientras que las mutaciones en *NPM1* se relacionan a mejor evolución clínica. Dos estudios recientes mostraron una distintiva morfología, blastos con indentación nuclear ó forma de “taza” en LMA asociado con mutaciones en el gen *FLT3* y/o *NPM1*.

Objetivo: determinar la frecuencia de la mutación ITD y describir los hallazgos hematológicos identificados en los pacientes portadores de dichas mutaciones.

Se estudiaron un grupo de 27 LMA (subtipo FAB: M0:1, M1:2, M2:5, M3:2, M4:3, M5:2, M6:3, no clasificadas: 7, secundarias: 2), edad media: 57,2 años, F/M: 13/14. Los estudios hematológicos al diagnóstico incluyeron hemograma con revisión del frotis y medulograma. Las mutaciones se estudiaron sobre ADN. La ITD se amplificó por PCR, la mutación TKD por PCR-RFLP y las inserciones en el gen *NPM1* por PCR y secuenciación.

En 4 pacientes (4/27:15%) se observó la mutación ITD, no mostraron la mutación TKD ni *NPM1*. Tres de estos 4 casos ITD+/TKD-/NPM1- presentaron blastos con morfología tipo “taza” y curso clínico muy agresivo.

Conclusión: la frecuencia de la mutación ITD en el gen *FLT3* fue del 15% y $\frac{3}{4}$ casos presentaron blastos con indentación nuclear. La observación minuciosa del frotis de sangre periférica ó medulograma en busca de blastos con forma de “taza” podría alertar sobre la presencia de genotipos de peor pronóstico.

MIELOMA MÚLTIPLE DE CORTA SOBREVIDA EN LA ERA DE LAS NUEVAS DROGAS (ND)

Cazap N¹, Ochoa P², Palmer S³, Pavlovsky A⁴, D'antonio C⁵

¹CEMIC y Clínica Olivos; ²Instituto Alexander Fleming; ³Hospital Británico; ⁴FUNDALEU y Centro de Hematología Pavlovsky; ⁵Corporación Médica San Martín.

En la última década la sobrevida de pacientes con mieloma mejoró debido a las ND (bortezomib, talidomida o lenalidomida). La mediana de SV a 5 años es de 70%. Sin embargo, el pronóstico es heterogéneo y es discutido si las ND tienen un impacto en los pacientes de alto riesgo.

Objetivo: Describir una población de pacientes con mieloma con SV \leq 24 meses.

Métodos: Se solicitaron datos retrospectivos a 16 hospitales.

Resultados: Se registraron 12 pacientes en el periodo 2007-2013. Sobrevida \leq 18 meses n=11, sobrevida \leq 12 meses n=7. Sobrevida mediana 12 meses. Todas las muertes fueron por enfermedad progresiva. Edad \leq 65 años 83%. Antecedente de MGUS 0%. Paraproteína: IgG n=5, IgA n=3 y cadenas livianas n=4. Inmunoglobulina mediana 2069 mg/dL. Paraproteína urinaria 50%. Proteinuria 25%. Infiltración medular media 56%. Morfología plasmablástica 18%. Lesiones óseas 75%, anemia 58%, hipercalcemia 25%, insuficiencia renal 25%. LDH elevada 33%. Estadio Salmon-Durie III 75%. Creatinina >2 mg/dL 16%. Índice pronóstico internacional (ISS) II 58%, III 25% y I 16%. Estudio citogenético n=6 (33% normal, 67% complejo). FISH n=4 (negativos n=3, del17p n=1). Enfermedad extramedular al diagnóstico 50%, en la evolución 83%. Tratamiento: mediana de 2 líneas. Trasplante autólogo solo 25%. Exposición a ND 100%. Exposición a inhibidores de proteosoma e inmunomoduladores 75%. Tratamientos evaluables 26: 88% no tuvieron respuesta (69% enfermedad progresiva y 19% enfermedad estable) y solo 11,5% tuvieron al menos remisión parcial.

Conclusión: Existen pacientes con MM con SV muy inferior a la media. Solo una minoría se encuentra en el grupo pronóstico ISS de alto riesgo. El grupo de alto riesgo citogenético está sobrerrepresentado, aunque la disponibilidad de este dato es escasa. La enfermedad extramedular fue llamativamente frecuente en nuestra serie de pacientes con sobrevida muy acotada.

IMPACTO DEL USO DE PLERIXAFOR PARA MOVILIZACION DE CPH EN MOVILIZADORES POBRES: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE TRASPLANTE DE MEDULA OSEA

Huber M, Duarte PJ, Fernandez J, Fridman S, Cacchione R, Riveros D, Riera L

Servicio de Hematología, CEMIC, CABA, ARGENTINA

Introducción: el plerixafor ha sido aprobado para la movilización de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) junto con factores estimulantes de colonias granulocíticas (GSCF) en pacientes (ptes) con linfoma y mieloma. Aumenta significativamente el número de células CD34 circulantes, mejorando los resultados de movilización con GCSF +/- quimioterapia.

Objetivos: Comunicar la experiencia del uso de plerixafor para la movilización de CPH en nuestra unidad de trasplante.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo acerca de los resultados obtenidos con el uso de plerixafor en una unidad de trasplante de médula ósea desde octubre de 2009 hasta junio de 2013. El plerixafor se utilizó en los pacientes con una falla de recolección previa como segunda línea o como salvataje en los pacientes movilizados pobres. Consideramos: falla de recolección: a no lograr un recuento de CD34 en el producto $\geq 2 \times 10^6/\text{kg}$ y movilizador pobre: a un recuento de CD34 en sangre periférica $< 10/\text{mm}^3$ al cuarto día de movilización con GCSF. Se obtuvieron los datos de edad, sexo, recuentos de CD34 antes y después del uso de plerixafor, obtención de recolección exitosa, realización de trasplante y recuperación granulocítica postrasplante.

Resultados: De 170 pacientes movilizados se utilizó plerixafor en 12 pacientes (7%). En el 58.3% (7 ptes) como esquema de segunda línea y en el 41.6% (5 ptes) como terapia de salvataje. La edad media fue 46.4 años (20-64) y la mayoría fueron de sexo masculino (9 ptes). Los 12 pacientes obtuvieron un recuento de CD34 $< 10/\text{mm}^3$ al cuarto día de la movilización. Luego de la aplicación de plerixafor el recuento de CD34 fue $\geq 20/\text{mm}^3$ en 58.3% (7 ptes), entre 10 y $20/\text{mm}^3$ en el 33% (4 ptes) y $< 10/\text{mm}^3$ en el 8.3% (1 pte). La recolección fue exitosa y pudo realizarse el trasplante en el 91.6% (11 ptes). La recuperación granulocítica media fue 14 días (8-21). No se detectó toxicidad relacionada al uso de plerixafor durante la movilización en ningún paciente.

Conclusión: los resultados obtenidos en nuestra experiencia concuerdan con otras publicaciones, que demuestran que el plerixafor es una droga eficaz y segura para la movilización/recolección de CPH en los pacientes movilizados pobres.

CANTIDAD DE MUESTRAS EN BIOPSIA PROSTATICA: DIFERENCIAS EN LA DETECCION DE ADENOCARCINOMA SEGÚN VALOR DE PSA

Cobeñas R¹, Rodríguez A¹, Criscuolo G¹, Larrañaga N¹, Gallo JC¹, Kozima S¹.

¹ Servicio de diagnóstico por imágenes, CEMIC, Buenos Aires.

Objetivo: Analizar diferencias en la detección de Cáncer prostático entre biopsias de hasta ocho muestras, y aquellas mayores a ocho muestras, según el valor de PSA al momento de la intervención.

Materiales y métodos: Del año 2001 al 2012, se biopsiaron 1202 próstatas bajo guía ecográfica, documentando edad y valor de PSA de cada paciente, tomando de 6 a 36 muestras en cada paciente según el pedido. Se clasificó la población estudiada según el valor de PSA en cuatro grupos de acuerdo al siguiente criterio: A) 0 a 3,9 mg/dl, B) 4 a 7,9 mg/dl, C) 8 a 11,9 mg/dl, y D) >12 mg/dl. Además, cada grupo se clasificó en otros dos subgrupos según el número de muestras tomadas en los pacientes; un subgrupo formado por aquellos a los que se les practicó hasta ocho muestras y el otro subgrupo formado por los pacientes con más de ocho.

Resultados: Se encontraron 498 pacientes con adenocarcinoma, y en los 704 pacientes restantes sin adenocarcinoma, se detectó la presencia de: tejido prostático normal, hiperplasia prostática benigna, prostatitis crónica y neoplasia intraepitelial. La tasa de detección adenocarcinoma en el grupo C aumentó un 10 % en biopsias de más de ocho muestras en relación a aquellas de hasta ocho muestras. En el grupo D se encontró aproximadamente el mismo porcentaje de pacientes con cáncer en los dos subgrupos.

Conclusión: La cantidad de biopsias positivas para adenocarcinoma en tomas de hasta ocho muestras, no mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a aquellos casos con toma de más de ocho muestras, en ninguno de los cuatro grupos estudiados. Se destaca el hecho que, en pacientes con PSA entre 8 y 11,9 mg/dl y la toma de más de ocho muestras, el porcentaje de pacientes con cáncer aumenta un 10 % la detección.

PERFIL MUTACIONAL Y ANALISIS DE EXPRESION DEL GEN PTCH1 EN PACIENTES CON SINDROME DE CARCINOMA BASOCELULAR NEVOIDE (SCBCN)

Mazzuocolo LD^{1,4}, Martinez MF², González A³, Martinez A¹, Romano V¹, Muchnik C², Stengel F¹, Azurmendi PJ².

¹CEMIC, ²Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA), ³Instituto Ángel H. Roffo (UBA), ⁴H.I.G.A. "Eva Perón".

El SCBCN es una enfermedad autosómica dominante cuyo principal gen causal es *PTCH1*, clave en la vía de señalización Hedgehog (Hh). En la reunión previa, mostramos el primer informe en nuestro país sobre el espectro de mutaciones y el mecanismo genético de los carcinomas basocelulares (CBCs).

Objetivo: analizar cambios en la expresión del mRNA de *PTCH1* considerando el estatus genético.

Las manifestaciones clínicas principales en los 17 ptes evaluados fueron: CBCs 15/17, quistes odontogénicos 13/17, pits palmares 13/17, macrocefalia 8/17 y malformaciones congénitas 6/17. Antecedentes familiares de SCBCN en 10/17.

Se analizaron grandes rearrreglos génicos por la técnica de *Multiplex Ligation Probe Amplification (MLPA)* y se completó la búsqueda de mutaciones por PCR-secuenciación bidireccional en *PTCH1* en CBCs y sangre periférica de 17 pacientes con SCBCN. Para la cuantificación por PCR en tiempo real del mRNA de *PTCH1* se extrajo RNA total para la obtención de cDNA de CBCs y tejido normal de 15 pacientes (2 ptes no tenían CBCs), utilizando mRNA de GAPDH como gen de referencia, el resultado fue expresada como la tasa de cambio $[2^{-(Ct^{PTCH1} - Ct^{GAPDH})}]$.

El MLPA mostró una delección de un alelo completo en un CBC con mutación germinal conocida que, sumado a 3 delecciones, 2 inserciones, 1 duplicación y 4 sustituciones definieron el espectro completo de mutaciones en *PTCH1*, identificando 8 mutaciones germinales y 5 somáticas. *PTCH1* es responsable en 9/17 de los pacientes y el 55% evidencia el mecanismo de *two-hit* en CBC. El mRNA de *PTCH1* aumentó $30,2 \pm 8,2$ veces en los tumores respecto del tejido normal ($p < 0.001$), consistente con la activación de la vía Hh. En tejido normal de pacientes con mutaciones germinales en *PTCH1*, la expresión fue más alta que en los que no las portaban ($6,7 \times 10^{-4} \pm 1,2 \times 10^{-4}$, $n=8$ vs $3,1 \times 10^{-4} \pm 0,9 \times 10^{-4}$, $n=7$; $p < 0,05$).

Concluimos que los cambios en *PTCH1* no son responsables de todos los casos de SCBCN, confirmando la hipótesis de que otros genes estarían involucrados. En este sentido, el perfil aumentado de expresión génica encontrado en los CBCs y la diferencia

asociada al estatus mutacional en los tejidos normales apuntaría a otros genes de la vía Hh.

EFICACIA Y TOLERANCIA DE SUNITINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE RIÑÓN DE CÉLULAS CLARAS METASTÁSICO. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Greco M, Díaz Cantón E, Recondo G

Servicio de Oncología, CEMIC, CABA.

El cáncer renal de células claras (CRCC) es el tumor renal más frecuente. Al diagnóstico el 30% de los casos se presenta con enfermedad metastásica. El sunitinib, un inhibidor de múltiples tirosina-kinasas, es una de las drogas más activas aprobadas en primera línea de tratamiento en estos casos. Presentamos la experiencia en CEMIC, con el uso de sunitinib en pacientes con CRCC metastásico entre 2006 y 2011, tanto en el contexto de acceso expandido como posterior a su aprobación.

Los pacientes recibieron la dosis estándar de 50mg vía oral continuo por 4 semanas, con 2 semanas de descanso, en ciclos de 6 semanas. Se describen los resultados en una población de 28 pacientes, 70% refractarios a citocinas, 50% de bajo riesgo del MSKCC (Score del Memorial Sloan Kettering Cancer Center), 25% intermedio y 25% alto riesgo. Además, el 95% fue nefrectomizado. La duración promedio de tratamiento fue de 8 ciclos. La tasa de respuesta por RECIST fue del 27%, con 77% de beneficio clínico (Respuesta parcial y Enfermedad Estable). La supervivencia media fue de 9,8 (IC95 5,7-19,8) meses y la supervivencia libre de progresión de 6,5 (IC95 4,1-18,5) meses. Actualmente 2 pacientes continúan tratamiento en segunda línea con inhibidores de mTOR habiendo recibido 48 y 34 ciclos de sunitinib. La tolerancia fue aceptable. El 30% de los casos requirió reducción de dosis. Las toxicidades más frecuentes fueron las alteraciones cutáneas, astenia, anorexia y diarrea, que si bien se vieron en casi el 65% de los casos, raramente fueron serias. Se describen casos puntuales de toxicidades infrecuentes y serias como síndrome de Fournier, hepatotoxicidad, infarto agudo de miocardio y sobredosis.

Sunitinib es una droga activa en pacientes con CRCC metastásico, con toxicidad frecuente pero manejable. Es considerada como una alternativa en primera línea de tratamiento.

TRATAMIENTO CON 90Y-IBRITUMUMAB EN LINFOMA NO-HODGKIN DE CÉLULAS B RECAÍDOS O REFRACTARIOS. EXPERIENCIA DEL GRUPO COOPERATIVO ARGENTINO

Cacchione RE, DuPont JC, Milone JC, Bordone JA, Garay G, Castro-Rios M, Labstrebner M, Rudoy S, Kupitzki H, Cazap N, García Altuve JI, Riveros D

Servicio de Hematología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, CABA.

Se publican los resultados del tratamiento con ibritumomab-⁹⁰Y (Zevamab, Bayer) de una población de pacientes con Linfomas No Hodgkin(LNH) de células B recaídos/refractarios a la quimio-inmunoterapia. El ibritumomab tiuxetan es un anticuerpo monoclonal murino anti-CD20 unido al radioisótopo ⁹⁰Y (itrio) que ha sido utilizado en diferentes estudios en el tratamiento de los LNH de células B con resultados satisfactorios en relación a respuestas y su duración, sin toxicidad clínica significativa. En nuestro país, se ha aprobado el uso de ibritumomab tiuxetan en septiembre de 2005, para el tratamiento de los linfomas no Hodgkin foliculares recaídos, refractarios, y transformados (en alto grado). En la Argentina no existen publicaciones sobre la experiencia con esta droga. Entre setiembre de 2005 y marzo 2013 ingresaron 62 pacientes (pts) con LNH recaídos /refractarios a varias líneas de tratamiento combinado con rituximab. La edad mediana fue de 61 años, y 36 pts tenían enfermedad avanzada (estadío III-IV). La dosis de ibritumomab (Zevamab NR Bayer) fue de 0,3 ó 0,4 mCi, según el recuento plaquetario inicial. La respuesta global al tercer mes post tratamiento fue de 79%, con una respuesta completa de 55%. A los 48 meses, la sobrevida libre de progresión y la sobrevida global fue de 32 y 42% respectivamente. La toxicidad hematológica estuvo presente en 15 pts, 14 temporaria y reversible y sin citopenias persistentes, y un paciente falleció en aplasia medular. Estos resultados colocan a los radioinmunoconjugados entre las opciones terapéuticas de valor en pacientes recaídos a múltiples líneas de quimio-inmunoterapia

XANTOGRANULOMA NECROBIOTICO

Lombardi V¹, Kislansky V², Solimano J³, Gonzalez P¹

¹Servicio de dermatología, Departamento de Medicina; ²Dermatología Pediátrica, Departamento de Pediatría, ³Sección de Hematología, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA.

El xantogranuloma necrobiótico es una enfermedad granulomatosa, que se incluye dentro de las histiocitosis no X. Se caracteriza por la presencia de placas y nódulos amarillentos localizados en región periorbitaria, tronco y extremidades. Su etiología es desconocida y suele asociarse con paraproteinemia, siendo la más frecuente la gammapatía monoclonal IgG *kappa*. Los tratamientos propuestos incluyen corticoides, agentes alquilantes, radioterapia y cirugía, según la extensión y la patología asociada a cada caso.

Paciente de sexo masculino de 33 años, que presentó una lesión nodular eritemato-amarillenta infiltrada en el brazo derecho de 2 años evolución. En la anatomía patológica se observó un proceso inflamatorio granulomatoso con áreas de necrosis. Se realizaron infiltraciones con corticoides locales y tratamientos quirúrgicos. Evolucionó con remisiones cortas y recurrencias.

Consultó a Dermatología de CEMIC por una nueva recidiva en brazo derecho y múltiples lesiones similares en tronco de un año de evolución. En una nueva biopsia se observó dermis e hipodermis con extensos infiltrados linfocitarios de distribución perivascular que alternan con fibrosis y numerosas células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, hallazgos compatibles con inflamación granulomatosa tipo xantogranuloma necrobiótico. En el laboratorio presentaba IgG 3010 mg/dl y ESD 80 mm, resto s/p. Se realizó interconsulta con Hematología para continuar con estudios y tratamiento.

El xantogranuloma necrobiótico es una patología infrecuente, asociada con diversas patologías, que puede afectar órganos internos, como corazón y pulmón. El xantogranuloma necrobiótico con paraproteinemia presenta una evolución crónica y progresiva. La gammapatía monoclonal puede evolucionar a un mieloma múltiple en el 10% de los casos. El tratamiento no suele ser curativo y presentan escasa mejoría clínica con valores estables de la paraproteinemia.

Consideramos relevante conocer esta patología como enfermedad marcadora de neoplasias hematológicas y destacamos la necesidad de realizar un seguimiento clínico estricto con el fin de descartar compromiso de órganos internos.

ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA. Reporte de un caso

Minvielle Al¹, Perazzo L¹, Lorente C², Gonzalez P¹

¹Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina, ²Departamento de Anatomía Patológica, CEMIC, CABA.

Introducción: La enfermedad de Paget es un adenocarcinoma intraepidérmico que puede presentarse en dos formas: mamaria (EPM), clásicamente asociada a una neoplasia subyacente, y extramamaria. La EPM se manifiesta como una dermatitis eccematosa y/o ulcerativa del complejo areola-pezón, siendo muchas veces tratada incorrectamente al pasarse por alto su origen neoplásico. Suele ser el resultado de un carcinoma intraductal de mama que se extiende a la epidermis del pezón a través de un conducto galactóforo o de un carcinoma de mama invasivo que alcanza la epidermis. Presentamos este caso por la importancia de sus diagnósticos diferenciales en el área dermatológica.

Historia clínica: Mujer de 73 años, consultó por lesión en mama derecha, 2 años de evolución, pruriginosa, hiperpigmentada, con secreción serosa y aplanamiento del pezón. Al examen físico presenta placa sobreelevada, eritematosa, de 2 x 1.8 cm en el pezón de la mama derecha. A nivel retroareolar se palpa tumor indurado, mal definido e indoloro. En cuadrante superoexterno se palpa otro tumor de similares características. Huevo axilar con adenomegalias. Se solicita mamografía en donde no se observan lesiones y ecografía mamaria que informa imagen retroareolar hipoecogénica con microcalcificaciones y otra imagen nodular en cuadrante superoexterno de mama derecha, con conglomerado ganglionar axilar. Se realiza biopsia cutánea que informa EPM y punción de nódulo retroareolar y masa axilar, con diagnóstico de carcinoma intraductal y carcinoma mucinoso infiltrante, respectivamente. Dermatológicamente, los diagnósticos diferenciales a considerar son: eccema crónico, carcinoma de células basales, melanoma, linfoma, sífilis y enfermedad de Bowen.

Conclusión: Cuando se sospecha el diagnóstico de EPM, debe obtenerse confirmación mediante biopsia del pezón de espesor completo. Se asocia con cáncer de mama subyacente en el 85 al 88 por ciento de los casos, a menudo sin una masa palpable o anormalidad mamográfica.

FACIE LEONINA: PRESENTACIÓN INUSUAL DE LEUCEMIA CUTIS

Rossi M¹, Maskin M¹, Gonzalez P¹, Casas G²

¹Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina; ²Servicio de Patología, CEMIC, CABA.

Introducción: La leucemia cutis es la infiltración cutánea por células mieloides o linfoides inmaduras. Puede preceder, aparecer concomitantemente o ser posterior al diagnóstico de una leucemia mieloide, linfoide o de un síndrome mielodisplásico o mieloproliferativo. Se presenta habitualmente con pápulas y/o nódulos eritemato-violáceos en extremidades y tronco, menos frecuente en cuero cabelludo y rostro. El diagnóstico se basa en los hallazgos histopatológicos, en la inmunohistoquímica e inmunofenotipo. Por lo general, se asocia a un curso más agresivo y peor pronóstico.

Caso clínico: Paciente mujer de 60 años de edad con diagnóstico reciente de leucemia mieloide aguda, tipo M5. Presentó aparición brusca de múltiples pápulas eritematovioláceas sobre una base edematosa con aumento del grosor cutánea en rostro, pabellones y lóbulos auriculares dando un aspecto de facie leonina y otras lesiones de similares características en región dorsolumbar. Se realizó biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico de leucemia cutis. Realizó tratamiento quimioterápico, inducción y 3 ciclos de consolidación con mejoría de las lesiones cutáneas.

Conclusión: La leucemia cutis es una manifestación cutánea, infrecuente, de mal pronóstico de una neoplasia hematológica. La presentación clínica varía en un amplio espectro. Queremos destacar la forma de presentación inusual de leucemia cutis que tuvo nuestra paciente.

“NADA ES LO QUE PARECE” MASA EN ÁPEX DEL VI.

Raggio IM, Munin M, Sanchez G, Spernanzoni F, GoernervS, Ortega J, Urbano P, Perez G, Taboada S, Torres V.

Servicio de Ecocardiografía, CEMIC, CABA

Se trata de un paciente de 65 años, sexo masculino, con antecedentes de: HTA, exTBQ (20 p/y - hace 24 años), litiasis renal sintomática (tratamiento con litotricia percutánea), hidronefrosis (tratamiento con catéter doble J), y melanoma en hombro izquierdo (Clark B, Breslow 1,6 - Resección en 2004 con ganglio centinela negativo). TAC de tórax con hiperplasia suprarrenal como único hallazgo, osteomielitis hace 14 años en MID. Colecistectomía hace 10 años. Hernioplastía. Se realiza ECG de control que muestra isquemia aguda persistente de cara anterior. Se realiza eco estres con ejercicio que se informa negativo para isquemia miocárdica, presencia de hipoquinesia apical secundaria a hipertrofia apical. En el interín el paciente presenta un episodio sincopal por lo que es internado en sala general. Se realiza ecocardiograma que informa masa en ápex de VI con aquinesia de todos los segmentos apicales, deterioro leve de su función sistólica. Sugiere trombo apical Vrs. neoplasia. Se realiza RMN cardiaca que muestra igual masa, con derrame pericárdico leve y características que sugieren sarcoma (isointenso en T1

(descarta melanoma y trombo), hiperintenso en T2, orienta hacia rabdomioma. La secuencia de perfusión confirma que la masa esta vascularizada. El realce tardío muestra áreas de necrosis y fibrosis, orienta hacia malignidad. Se realiza PET-CT para detectar masa primaria, observándose hipercaptación de FDG en masa del ápex de VI (SUV 6,2), y glándula suprarrenal derecha (SUV 3,8). Se realiza TC con contraste y washout para diferenciar hiperplasia de metástasis, concluyéndose que se trata de hiperplasia suprarrenal. Se realiza biopsia pericárdica por toracoscopia, observándose derrame pericárdico serohemático, infiltración del epicardio, masa mamelonada duropetrea. Se toman múltiples biopsias. Informe anatómo-patológico: corazón, epicardio, biopsia: sarcoma indiferenciado.

SÍNDROME DE GORLIN CON AGENESIA DE CUERPO CALLOSO, AUSENCIA DE CARCINOMAS BASOCELULARES Y CON MUTACIÓN GERMINAL NOVEL EN EL GEN PTCH1.

Mazzuocolo LD^{1,4}, Martínez MF², Muchnik C², Romano V³, Martínez A³, Stengel F⁴, Azurmendi P².

¹Servicio de Dermatología CEMIC.e H.I.G.A. "Eva Perón", ²Unidad de Biología Molecular, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA), ³Laboratorio Central CEMIC, ⁴Fundación Cáncer de Piel Argentina.

El Síndrome de Gorlin (SG) o Síndrome del carcinoma basocelular nevoide (SCBCN) presenta herencia autosómica dominante, numerosas malformaciones y una altísima predisposición a desarrollar carcinomas basocelulares (CBCs) a edades tempranas. El gen *PTCH1* es el principal candidato a presentar mutaciones vinculadas al desarrollo de la enfermedad en por lo menos el 50% de los casos. Este gen codifica una proteína transmembrana implicada en la vía de señalización Hedgehog, y con un rol principal en

los procesos de desarrollo como la polaridad celular, la formación de patrones de crecimiento, la especificación de tejidos y la homeostasis post-embrionaria.

Se nos envía en consulta al Servicio de Dermatología un varón de 12 años con antecedentes de múltiples quistes odontogénicos desde los 8 años -que requirieron múltiples cirugías correctivas- para confirmar diagnóstico de SG. Al examen físico se observó ensanchamiento frontal, macrocefalia, hipertelorismo, cejas confluentes, ausencia de piezas dentales y pectum excavatum. Llamativamente, no presentaba lesión alguna compatible con CBCs en el tegumento ni historia de estas. Para completar la evaluación del SG se realizó: RMN de cerebro que mostró agenesia de cuerpo calloso y calcificación de la hoz del cerebro; resto de estudios complementarios incluyendo radiografías de huesos largos, ecocardiograma y ecografía abdominal s/p.

AF: la madre y una media hermana cumplían criterios de SG y al igual que caso índice, no presentaban lesiones cutáneas.

Se realizó secuenciación bidireccional del gen *PTCH1* que arrojó una mutación germinal (*c.1375dup/25bp*) en el exón 10 que determina un corrimiento del marco de lectura y un codón stop prematuro 63 aminoácidos adelante.

El interés del caso radica en mostrar un caso atípico de SG con manifestaciones clínicas infrecuentes y con el hallazgo de una mutación germinal no descrita en el gen *PTCH1*.

HBS INTERACTUANDO CON β TALASEMIA DELECIONAL.

Gargallo P¹, Martín AP¹, Romano V¹, Riveros D², Sanchez La Rosa C³, Montero V¹.

¹Laboratorio de Hematología, Departamento de Análisis Clínicos. ²Servicio de Hematología Clínica. ³Servicio de hematología Pediátrica. CEMIC, CABA.

La anemia drepanocítica (HbS) y β talasemia son desórdenes frecuentes de la hemoglobina. Se conocen más de 300 mutaciones que afectan la síntesis de las cadenas β globina generando fenotipos β^+ (reducida síntesis) ó β^0 (ausencia síntesis) talasémicos. La mayoría resultan de sustituciones de bases, pero grandes deleciones involucrando parte del gen de la β globina son muy poco frecuentes.

Objetivo: presentar los datos hematológicos y moleculares de dos hermanos argentinos portadores de HbS/ β^0 talasemia generada por la deleción de 290 nucleótidos asociado a niveles altos de HbA₂ y HbF.

Los estudios hematológicos incluyeron hemograma con revisión del frotis, %reticulocitos, electroforesis de Hb, dosaje de HbA₂ y HbF, test de Sickling, LDH, haptoglobina, ferremia, ferritina y % saturación de transferrina. Luego de extraer ADN de leucocitos de sangre periférica, el gen de la β globina fue amplificado por PCR y los amplímeros fueron purificados y secuenciados.

Estos estudios revelaron la delección de 290 nucleótidos en la región 5' del gen β globina generando β^0 talasemia. El otro alelo mostró la mutación asociada a HbS (A>T). Este genotipo se asoció a niveles inusualmente altos de HbA₂ (6,2%) y aumento de HbF (17,4%). Estos incrementos llevaron a un cuadro clínico menos severo de anemia drepanocítica en uno de los casos.

Este es el primer caso de compuesto heterocigota HbS/ β^{del} identificado en Argentina. Niveles de HbA₂ \geq 6% pueden sugerir formas delecionales de β^0 talasemia.

NEUROPATIA OPTICA INFILTRATIVA SECUNDARIA A LINFOMA MARGINAL DEL BAZO. Reporte de un caso.

Lecchini L¹, Nagel V², Cabrejas MS¹, Soria G¹, Maymo D¹, Lopez Saubidet C¹.

¹Servicio de Medicina Interna, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA; ²Servicio de Neurología, FLENI, CABA.

Introducción: El linfoma marginal del bazo constituye menos del 1% de todos los LNH. Prácticamente todos presentan estadio IV al diagnóstico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son esplenomegalia, hepatomegalia, infiltración de médula ósea, linfocitosis y citopenias. La afección del SNC es rara, siendo la forma más común la meningitis linfomatosa. Solo el 0.5% de los LNH afectan el nervio óptico.

Caso: Varón de 70 años con antecedentes de diabetes tipo 2, cardiopatía isquémica, traumatismo ocular derecho con amaurosis secuelar hace 25 años y diagnóstico de

linfoma marginal del bazo estadio IV en 2010; que consulta por disminución de la agudeza visual y alteración del campo visual del ojo izquierdo de 3 meses de evolución. Presentaba déficit campimétrico periférico concéntrico izquierdo, disminución de la agudeza visual (3/10) y fondo de ojo normal. Se realiza RNM de cerebro y orbita que evidencia engrosamiento de ambos nervios ópticos con realce irregular luego del gadolinio. Se realiza punción lumbar con citológico positivo para células neoplásicas compatible con linfoma de células marginales. Se realiza tratamiento con Ciclofosfamida-Dexametasona, quimioterapia intratecal con Metotrexato y quimioterapia sistémica con Rituximab + Bendamustine. Evoluciona con mejoría de la sintomatología, con recuperación paulatina de la agudeza visual y mejoría de la afección campimétrica, con RNM de cerebro y órbita que evidencia disminución del engrosamiento de ambos nervios ópticos.

Comentario: El linfoma no Hodgkin puede afectar el sistema nervioso en todos los niveles, incluyendo nervios periféricos, raíz del nervio espinal, médula espinal, meninges y cerebro. El mecanismo puede ser por invasión directa o por compresión, así como secundario a síndromes paraneoplásicos. La frecuencia del compromiso varía según el subtipo histológico. El 2 a 10% de los pacientes con subtipos histológicos agresivos presentan compromiso del SNC. La incidencia es mayor en las formas más agresivas como el linfoma de Burkitt y mucho menor en los indolentes como el linfoma folicular y el de células marginales.

RELEVAMIENTO DE LA CONDUCTA TERAPÉUTICA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN EL LINFOMA FOLICULAR AVANZADO.

Macchiavello E, Gotta D, Cacchione R, Riveros D.

Servicio de Hemoterapia y Hematología, CEMIC

En la era pre-rituximab los pacientes con linfomas foliculares avanzados sólo debían ser tratados si presentaban síntomas o cumplían criterios GELF (linfomas folicular sintomático). Desde el advenimiento del rituximab la estrategia de observación sin tratamiento se encuentra en revisión.

OBJETIVO

El objetivo primario es conocer la conducta de los médicos tratantes en nuestro Centro ante el diagnóstico de linfoma folicular avanzado.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo donde se incluyeron pacientes con linfomas foliculares en estadios avanzados diagnosticados a partir del 01/01/2006. Se analizaron la conducta terapéutica inicial según cumplían o no con los criterios GELF.

RESULTADOS

Fueron hallados 27 pacientes, con una media de seguimiento de 48 meses, 18 (66%) cumplían criterios GELF (GELF+), 9 (34%) no cumplían criterios (GELF-). Entre toda la población la conducta al diagnóstico fue: inmunoterapia 23 (86%) ptes y W&W 4 (14%) ptes.

Los esquemas de los 23 ptes tratados fueron, R-CHOP 74%, R-CVP 17 % y otros 9 %. El 43% de los pacientes recibieron mantenimiento con rituximab como primera línea de tratamiento. La supervivencia global fue 97%.

CONCLUSIONES

EL R-CHOP es esquema más utilizado en nuestro centro con una tendencia a tratar a los pacientes en forma precoz aún sin cumplir criterios.. La bibliografía originada en países desarrollados demuestra que la mayoría de los linfomas foliculares al diagnóstico son asintomáticos y/o con baja masa tumoral; sin embargo, en nuestra casuística el 66% de los pacientes cumplían criterios GELF al diagnóstico. Nuevos estudios son necesarios para evaluar si los pacientes asintomáticos deben ser tratados con inmuno-quimioterapia.

EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE: REVISIÓN Y ANÁLISIS DE SUS RELATOS EN FUNCIÓN DE UNA TEORÍA DE LOS ESTADOS CONSCIENTES.

Trovato M¹, Garay A¹

¹ Unidad de Neurociencias-Medicina del Sueño, CEMIC, CABA.

Introducción: En determinadas situaciones clínicas son clásicamente descriptas (4-19% de los pacientes) el recuerdo de vivencias, denominadas por R. Moody en 1975, Experiencias Cercanas a la Muerte (ECM). Estas contienen percepciones extracorpóreas, sensación de marcada euforia y elementos de profunda trascendencia y/o misticismo de gran impacto intrapersonal. Dado que las ECM reúnen algunas características similares con la fenomenología propia del sueño REM (Nelson K. y col, Neurology, 2006) realizamos una caracterización e integración fenomenológica-fisiológica de la vigilia, el sueño REM y las ECM en el contexto de una teoría contemporánea de los estados conscientes.

Métodos: Los relatos coleccionados correspondieron a un grupo control (n=110), sueños lúcidos (n=20) y ECM (n=20). Estos fueron estudiados de acuerdo a referencias explícitas acerca su forma y contenido de acuerdo a un modelo tridimensional de los estados conscientes (Hobson, JA and col. Behav. Brain Sci. 2000 Dec: 23(6):793-842). Los datos obtenidos se expresaron como SD y fueron analizados utilizando tests paramétricos de ANOVA. Una probabilidad menor de 0.05 fue considerada significativa.

Resultados: Un aumento de la distribución perceptiva (en particular de manifestaciones propioceptivas) y un aumento en las escalas de conceptualización multidimensional diferenciaron a los relatos correspondientes a ECM vs. población control (0.90 ± 0.40 vs. 0.07 ± 0.30 ; $p < 0.05$, ANOVA, Student-Newman-Keuls MCT). No se obtuvieron diferencias significativas entre ECM y sueños lúcidos, los que presentaron un patrón de comportamiento similar excepto en lo que respecta a sensación de trascendencia de la experiencia, propias de ECM.

Conclusión: Este tipo de análisis demuestra capacidad para detectar cambios significativos en procesos concientes y metaconcientes relacionados con ECM. Se sugiere su utilidad para el abordaje de una cuantificación sistemática de la forma y el contenido del relato de estos episodios en el contexto de la transición vigilia-sueño REM.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-RIBOSOMAL P EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE COMIENZO JUVENIL COMPARADO CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL ADULTO

Pisoni CN¹, Muñoz SA², Carrizo C¹, Cosatti M¹, Álvarez A³, Dubinsky D⁴, Bresan E⁴, Russo R⁵, Borgia E⁵, García M⁶, Sansinanea P⁶, Basta MC², D'Amico MA⁷, Barreira JC⁷, Lancioni E⁸, Soriano E⁸, De Cunto C⁸, Beron A⁴, Eimon A¹

¹Centro de Educación Médica e de Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC), ²Hospital General de Agudos Juan Antonio Fernández, ³Hospital General de Agudos José Penna, ⁴Hospital de Clínicas José de San Martín, ⁵Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", ⁶Hospital San Martín de La Plata, ⁷ Hospital Británico de Buenos Aires, ⁸ Hospital Italiano de Buenos Aires.

Objetivo: determinar la prevalencia y correlación clínica de los anticuerpos anti-ribosomal P en lupus eritematoso sistémico (LES) juvenil y compararlos con LES del adulto.

Métodos: se incluyeron en el estudio 30 pacientes con LES juvenil y 92 pacientes con LES de comienzo en la adultez. Consideramos LES de comienzo juvenil a todos aquellos pacientes que comenzaron su enfermedad antes de los 16 años. Se consideraron las manifestaciones clínicas y serológicas que presentaron los pacientes desde el diagnóstico hasta el momento de inclusión en el estudio (manifestaciones acumuladas). El anticuerpo anti-ribosomal P fue evaluado mediante la técnica de enzimo-inmunoensayo (ELISA).

Resultados: la presencia de anti-ribosomal P fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con LES juvenil [26.7% vs. 6.5%; OR=5.21 (IC95%=1.6-16.5), p=0.003]. La alopecia (OR=10.11, IC95%=1.25-97) y rash cutáneo (no discoide) (OR=4.1, IC95%=1.25-13.89) fueron las únicas manifestaciones clínicas que se asociaron en forma estadísticamente significativa con la presencia del anticuerpo anti-ribosomal P.

Conclusión: este estudio confirma una mayor prevalencia de anticuerpos anti-ribosomal P en pacientes con LES juvenil. La alopecia y el rash cutáneo fueron las únicas manifestaciones clínicas asociadas a la presencia de anti-ribosomal P.

CAUSAS DE ADMISION HOSPITALARIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTROFILO

Muñoz SA¹, Gandino IJ¹, Basta MC¹, Orden AO²

¹Servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, CABA;

²Departamento de Clínica Médica, Clínica San Camilo, CABA.

Introducción: los pacientes con vasculitis asociadas a ANCA tienen manifestaciones clínicas agudas y/o complicaciones del tratamiento que ponen en riesgo su vida y requieren internación para su manejo. Pocos estudios han hecho foco en las causas y en la evolución de este grupo específico de pacientes.

Objetivo: describir y analizar las causas de admisión hospitalaria y la mortalidad de los pacientes con vasculitis asociadas a ANCA.

Materiales y métodos: se analizaron las internaciones de todos los pacientes que cumplieron con los criterios clasificatorios de vasculitis asociadas a ANCA entre el 1 de enero de 2011 y el 30 de junio de 2013. Las causas de internación se agruparon como: actividad de la vasculitis, complicaciones del tratamiento inmunosupresor y otras causas. Se analizó mortalidad global y por grupos.

Resultados: se incluyeron 18 pacientes (55.5% de sexo masculino) que representaron un total de 27 admisiones. Veintiséis internaciones fueron en la sala de cuidados generales. El promedio de días de internación fue de 11.4 ± 9 días. La poliangeitis microscópica fue la vasculitis más común (59.3%). El diagnóstico de vasculitis se realizó durante la internación en 6 pacientes. El 51.85% de las internaciones fue por actividad de la vasculitis, el 37.04% por complicaciones del tratamiento inmunosupresor y el 11.11% por otras causas. Los órganos más afectados fueron el pulmón, el riñón y el nervio periférico. Fallecieron 5 (18.52%) pacientes. La mortalidad del grupo que ingresó por actividad de la vasculitis fue del 21.43%, mientras que la del grupo constituido por las complicaciones del tratamiento inmunosupresor y otras causas fue del 15.28% ($p=0.54$).

Conclusiones: la causa más frecuente de admisión hospitalaria fue por actividad de la vasculitis. La mortalidad global de nuestra serie fue elevada, y si bien el número de pacientes fue pequeño, no hallamos diferencias de mortalidad por grupos.

LOS NIVELES DE IL-1B SE ASOCIAN CON ANTICUERPOS ANTI-RO/SSA Y CON PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT CORREGIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

Pisoni C¹, Reina S^{2,3}, Arakaki D⁴, Eimon A¹, Carrizo C¹, Borda E^{2,3}

¹Sección de Reumatología e Inmunología, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA;

²Cátedra de Farmacología, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires;

³Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires;

⁴Sección de Cardiología, CEMIC, CABA.

Introducción: los niveles de IL-1 β se encuentran elevados en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y con síndrome de Sjogren primario (SS). La IL-1 β tiene efectos inotrópicos y cronotrópicos negativos en el corazón humano, causados probablemente por cambios en la homeostasis y manejo del calcio. La prolongación del intervalo QT corregido (QTc) se describió asociado a la presencia de anticuerpos anti-Ro/SSA en pacientes adultos con enfermedad del tejido conectivo (ETC). El objetivo del

trabajo fue evaluar la presencia de IL-1 β en sujetos con ETC y su relación con la presencia de anticuerpos anti-Ro/SSA y con prolongación del intervalo QTc.

Pacientes y métodos: Se les realizó a 73 pacientes con ETC, electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones y extracción de sangre para la medición de anticuerpos anti-Ro/SSA, electrolitos e IL-1 β . Los anticuerpos anti-Ro/SSA se midieron por ELISA y Doble difusión, la medición de IL-1 β se realizó por ELISA. Se consideró QTc prolongado \geq 440 msec.

Resultados: 56 pacientes fueron anti-Ro/SSA positivos y 17 anti-Ro/SSA negativos. Los diagnósticos fueron: LES 30 (41.1%), SS 21 (28.7%), artritis reumatoidea 4 (5.48%), enfermedad indiferenciada del tejido conectivo 12 (16.4%), enfermedad mixta del tejido conectivo 1 (1.37%), esclerodermia 3 (4.11%), miositis 2 (2.74%). Los niveles de IL-1 β en pacientes con anti-Ro/SSA positivo fueron significativamente mayores que los anti-Ro/SSA negativo mediana: 7.29 (rango: 0.17-17.3 pg/ml) vs mediana: 1.67 (rango 0.55-4.12 pg/ml) p 0.001. Los valores medios de QTc obtenidos en ambos grupos fueron similares: (417.7 \pm 23.1 versus 414.7 \pm 21.2, p 0.63). Once pacientes presentaron QTc prolongado, los niveles de IL-1 β en los 11 pacientes con QTc prolongado fueron: mediana 8.7 (rango: 2.69- 15.1 pg/ml) versus mediana: 5.0 (rango: 0.17-17.3 pg/ml) en aquellos con QTc normal p = 0.006.

Conclusión: Los niveles de IL 1 β se encuentran elevados en pacientes con ETC anti-Ro/SSA positivos y en aquellos con QTc prolongado.

ANÁLISIS POLISOMNOGRÁFICO DE UN PATRÓN ALTERNANTE CÍCLICO EN AGRIPNIA EXCITATA

Garay A¹, Castro D¹, Rivero A¹

¹ Unidad de Neurociencias-Medicina del Sueño, CEMIC, CABA.

Introducción: Se entiende por Agripnia Excitata (AE) un síndrome, de presentación infrecuente, integrado por insomnio severo, confusión mental, trastorno conductual del sueño REM, agitación motora e hiperactivación autonómica. En estos pacientes pueden observarse oscilaciones EEG que determinan un patrón alternante cíclico, por ejemplo, observado durante el sueño REM en pacientes con insomnio familiar fatal (Garay A. y col., Neurology 1994). En esta presentación se describe un caso de encefalopatía autoinmune (AE-EA) con un patrón alternante cíclico durante la vigilia.

Métodos: Se analizaron registros polisomnográficos de un caso de AE-EA. Los patrones de vigilia y sueño fueron cuantificados de acuerdo a criterios convencionales.

Adicionalmente se realizaron procedimientos matemáticos de transformada rápida de Fourier y Transformada Continua Wavelet (CWT) para el análisis sincronizado de actividad EEG-ECG.

Resultados: AE-EA se caracterizó por, a) un comportamiento alternante de vigilia que mostró una estructura cíclica denominada patrón alternante cíclico con predominio de intervalos de 30-60 segundos de vigilia quieta (qW) y activa (aW) ($p < 0.05$, K-W. NP test), b) actividad EEG con predominio de oscilaciones menores a 1Hz y c) escasa variabilidad de intervalos R-R (0.90 ± 0.12 seg.) exteriorizada mediante CWT.

Conclusiones: Este es el primer estudio que demuestra en un caso de AE-EA la presencia de un patrón alternante cíclico durante la vigilia como una forma de estado preparatorio para el sueño. La reducción de variabilidad R-R durante este patrón alternante en vigilia y ciclos menores a 1Hz en su actividad EEG pueden correlacionarse con una alteración/desconexión de circuitos tálamo-límbicos que intervienen en la modulación del alerta y en la presentación de oscilaciones "top-down" liberados de influencias caudo-rostrales. Estos hallazgos refuerzan la importancia del rol talámico en la regulación de la vigilia, el sueño y la regulación del alerta.

ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÉMICA DEL ADULTO: HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS Y SU CORRELATO CLÍNICO

Castro D, Maggi S, Peralta MC, Romano M, Rivero A

Servicio de Neurología, Unidad de Neurociencias, CEMIC, CABA.

Introducción: La encefalopatía hipóxico-isquémica es producida por disminución del aporte de oxígeno o la reducción sostenida del flujo sanguíneo cerebral, secundario a hipoxemia sistémica, alteración en el transporte del oxígeno o reducción del FSC global. Se presentarán 2 casos clínicos con el objetivo de describir los hallazgos de las neuroimágenes y su correlato semiológico.

Presentación de casos

Caso 1: Paciente de 36 años, femenina que presenta hipovolemia y paro cardio-respiratorio (PCR) durante cirugía de hemoperitoneo. Evoluciona con estado de coma. Se realiza RMN de cerebro que muestra hiperintensidad en T2 y FLAIR en ganglios basales bilateral y corteza occipital bilateral. Progresa a estado de mínima conciencia, espasticidad en 4 miembros a predominio derecho, rueda dentada en muñeca izquierda y distonía de la lengua con protrusión persistente.

Caso 2: Paciente de 21 años, femenina que presenta shock hipovolémico durante 6 horas y PCR secundario a atonía uterina post parto inmediato. Se realiza RMN de cerebro que evidencia hiperintensidad en ganglios basales bilateral en T1, T2 y Flair y en corteza occipito-parietal bilateral con restricción en difusión. Evoluciona con estado de coma y actividad epileptiforme en EEG con movimientos clónicos del brazo izquierdo. Progresa con estado de mínima conciencia, temblor de reposo en 4 miembros, temblor mentoniano, rueda dentada en muñeca derecha y piramidalismo en brazo izquierdo y piernas.

Conclusión: Ambas pacientes sufrieron hipovolemia y PCR, con lesiones bilaterales en ganglios de la base y corteza, regiones altamente vulnerables a la hipoxia. Se vinculó con la ocurrencia de signos piramidales y extrapiramidales como espasticidad, parkinsonismo y distonía. La necrosis laminar cortical es un signo de mal pronóstico cognitivo, y la afectación de los ganglios basales contribuyen al mal pronóstico motor y cognitivo. La hipovolemia sostenida podría ser el desencadenante de la lesión en ganglios basales.

ESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

Peralta C², Driollet Laspiur S¹, Guevara M¹, Castillo V¹, Guevara J¹, Rivero A²

¹Servicio de Neurocirugía, ²Servicio de Neurología, Unidad de Neurociencias, CEMIC.

Introducción: La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad degenerativa caracterizada por la pérdida progresiva de la capacidad de movimiento. Su prevalencia es del 2% en los mayores de 65 años, siendo el aumento de la edad un factor de riesgo, por lo que se estima que su prevalencia se duplicará para el 2030⁽¹⁾. El tratamiento farmacológico de sustitución dopaminérgica es eficaz para controlar los síntomas motores como la rigidez y el temblor. Con la progresión de la EP, aparecen fluctuaciones motoras y disquinesias, las cuales cuando afectan la calidad de vida, llevan a considerar la cirugía de Estimulación cerebral profunda.

Caso Clínico: Paciente de 54 años de edad, portador de EP de 15 años de evolución, en fase compleja de manejo debido al deterioro de fin de dosis y las disquinesias bifásicas. Factor III UPDRS en OFF: 72, ON: 25. Períodos OFF: 51-75% del día. Factor IV disquinesias bifásicas: III, impacto funcional grave. Las disquinesias son coreo-balísticas hemicorporales derechas, violentas y de gran amplitud y a predominio de miembro inferior lo que hace que no pueda deambular ni permanecer sentado tanto al inicio como al final de cada dosis de Levodopa. Recibe 500mg/día de levodopa-carbidopa, dado que los agonistas dopaminérgicos, inhibidores de MAO B o los fraccionamientos de la dosis de levodopa produjeron mayores disquinesias. Se indicó la cirugía de Estimulación cerebral mediante el implante de electrodos en el núcleo subtalámico (NST), los que conectados a un neuroestimulador envían estímulos eléctricos que bloquean las señales nerviosas anormales. A dos meses de la cirugía, el resultado es excelente, presentando una reducción de las disquinesias, Factor IV UPDRS: I y aumentos de los períodos ON durante el 75% del día. Se presenta video.

Conclusión: La Estimulación cerebral en el NST reduce en forma significativa las disquinesias y prolonga los períodos ON.

Referencias:

(1) E.R. Dorsey, MD, MBA; R. Constantinescu, MD; J.P. Thompson, BA; K.M. Biglan, MD, MPH; R.G. Holloway, MD, MPH; K. Kieburtz, MD, MPH; F.J. Marshall, MD; B.M. Ravina, MD, MSCE; G. Schifitto, MD; A. Siderowf, MD, MSCE; and C.M. Tanner, MD, PhD. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. NEUROLOGY 2007;68:384–386.

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE UNA PERFORACIÓN COLONICA - A PROPOSITO DE UN CASO

Senderovsky M, Peralta D, Zubiaurre I, Lasa J, Fanjul I, Dima G, Moore R, Soifer L

Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, CABA

Introducción: La perforación colónica es una complicación esperable de la colonoscopia. En determinados casos, frente a una perforación localizada y ante una buena limpieza colónica, se puede optar por un tratamiento conservador endoscópico en vez del tratamiento quirúrgico.

Historia Clínica: Paciente de sexo femenino de 64 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, obesidad, hipertensión arterial. Es evaluada por un médico de la sección

de gastroenterología por dolor abdominal. Se decide realizar una videocolonoscopia. En la misma, a 20 centímetros del margen anal se observa angulación fija con múltiples bocas diverticulares observándose a través de una de ellas la grasa retroperitoneal. Se colocan 3 clips hemostáticos. Se decide internación en Clínica médica e inicio de tratamiento antibiótico endovenoso. Se realiza Tomografía de abdomen y pelvis sin contraste que evidencia neumoperitoneo y retroneumoperitoneo. La paciente evoluciona favorablemente sin necesidad de conducta quirúrgica.

Conclusión: Presentamos esta paciente para mostrar la eficacia del tratamiento conservador endoscópico en el momento de la detección de un efecto adverso que de lo contrario hubiera requerido una intervención quirúrgica con una morbimortalidad no despreciable.

STRUMA OVARICO MALIGNO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Kleiman Rubinsztein J¹, Garcia L¹, Waingarten A¹, Von Stecher F², Insua A¹

¹Sección Endocrinología, Departamento de Medicina; ²Servicio Ginecología, CEMIC, CABA.

Introducción: el struma ovárico es una entidad clínica poco frecuente (2-3% de los teratomas ováricos maduros). Se define como la presencia predominante de tejido tiroideo dentro del teratoma maduro. Su diagnóstico es establecido generalmente en el postoperatorio. La transformación maligna es muy infrecuente (0.5-5% de los casos), siendo aún más la enfermedad metastásica.

Historia Clínica: Mujer de 48 años que fue sometida a ooforectomía y salpingectomía izquierda por presunto absceso. Anatomía patológica: teratoma quístico maduro con sectores de struma ovárico y foco microscópico de 3mm de carcinoma papilar variante folicular sin contacto con la capsula del órgano. Inmunomarcación positiva para tiroglobulina. Concomitantemente presentó dos nódulos tiroideos bilaterales cuyas PAAF fueron negativas (Bethesda). La función tiroidea normal con tiroglobulina basal de 28 ng/ml. En TAC de tórax se observaron múltiples imágenes en ambos campos pulmonares la mayor de 6.4 mm no accesibles para biopsia y evaluación citológica. Luego de valorar las opciones y discutido el caso en forma interdisciplinaria se definió realizar tiroidectomía total con posterior dosis de iodo 131 ablativa (30 mci) para facilitar seguimiento con rastreo corporal total e interpretación de los valores de tiroglobulina. La tiroidectomía tuvo como resultado un bocio nodular y la paciente evoluciono en forma favorable. La tiroglobulina bajo tratamiento con levotiroxina disminuyó a 0.3 ng/ml y las lesiones tomograficas en pulmon permanecieron estables al año de seguimiento.

Conclusión: se han reportado cerca de 59 casos de struma ovarico maligno en la literatura. Por la posibilidad de coexistencia ortotópica, recurrencias y metástasis a distancia muchos autores recomiendan la conducta terapeutica similar a la de un tumor primario tiroideo, por lo que en el caso de nuestra paciente se decidió efectuar tiroidectomía total y posterior ablación con iodo 131.

SÍNDROME DE CUSHING CÍCLICO DE BAJA PERIODICIDAD

García L, Insúa A.

Sección Endocrinología, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción: El Síndrome de Cushing Cíclico se caracteriza por la presencia de hipercortisolemia episódica seguida de períodos de normalización. La etiología puede ser debida a adenoma hipofisario, adrenal o tumor ectópico. La ciclicidad de este Síndrome puede o no ser regular y los períodos de remisión varían de días a años.

Caso clínico: Mujer de 58 años, con antecedentes de HTA disatólica (medicada con Hidroclorotiazida y amiloride), que consulta por bocio e hipotiroidismo sin clínica sospechosa de Síndrome de Cushing. A los 7 meses (10/09) ingresa por guardia y es internada por presentar HTA, hipokalemia severa sintomática y alcalosis metabólica. Examen físico: Tensión Arterial: 160/110, debilidad muscular, facie cushingoide, giba dorsal, hirsutismo en bozo, obesidad central, ausencia de estrías típicas y presencia de varias equimosis. La paciente refiere cuadro similar ocurrido hacía 2 años en que presentó descontrol en registros de tensión arterial, aumento de peso, hirsutismo y alopecia que resolvió espontáneamente en 40 días. Antecedentes Familiares: Madre bocio. Padre DBT II, Carcinoide Pulmonar, Cancer de Colon. Los control cada 4-6 meses con CLU y Cortisol salival, normales hasta el 30/4/13. Cromogranina A, Calcitonina, Serotonina, Acido 5 (OH) Indolacético y Catecolaminas urinarias normales. RM Selar: Dudoso microadenoma. TAC de Torax: Nódulo pulmonar en lóbulo inferior derecho de 8mm de diámetro. Octeoscan con In 111: Negativo. Se solicita cateterismo de senos petrosos. Luego de 18 meses en remisión (4/11), recidiva síntomas y se demuestra hipercortisolémica pero en un período de 40 días remite el cuadro. Hasta la fecha permanece en remisión. La RM selar y TAC de tórax se mantienen sin cambios. El CLU, Cortisol salival y ACTH normales. Lo mismo que TA, glucemia y kalemia.

Comentario: Síndrome de Cushing cíclico ACTH dependiente, con una periodicidad de activación prolongada cada 18 a 20 meses y cortos períodos de hipercortisolismo. Si bien la presencia del nódulo pulmonar, el antecedente paterno de carcinoide broncogénico y la cíclicidad del cuadro, aumentan la probabilidad de origen ectópico. Sigue siendo la Enfermedad de Cushing la causa más frecuente de aumento de ACTH, por lo que es necesario aguardar a la reactivación del hipercortisolismo para la realización de cateterismo de senos petrosos y así, confirmar o excluir el origen Hipofisario del Síndrome.

SINDROME DE PULMÓN ENCOGIDO EN UN PACIENTE DE SEXO MASCULINO CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. Reporte de un caso.

Di Castelnuovo V¹, Kostianovsky A¹, Pisoni C², Otaola M³, Debernardi ME¹, Baeck I¹, Olivera Sendra P¹, Mandó P¹.

¹Servicio de Medicina Interna; ²Sección Reumatología, ³Sección Neumonología, Departamente de Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmune multisistémica que compromete el aparato respiratorio en hasta un 50% de pacientes. Dicho compromiso puede manifestarse de múltiples formas. El síndrome de pulmón encogido (SLS) es una rara complicación cuya patogenia, tratamiento y pronóstico aun se encuentran en discusión. Clínicamente se caracteriza por la tríada de disnea, disminución del tamaño pulmonar y patrón restrictivo en las pruebas funcionales respiratorias (PFR). Su reconocimiento y diagnóstico resultan fundamentales para su abordaje y tratamiento.

Caso: Varón de 35 años con diagnóstico de LES en 2008 en contexto de artritis, úlceras orales y anticuerpos positivos, en tratamiento con hidroxicloroquina. Comienza con dolor torácico tipo pleurítico, disnea, tos seca, registros subfebriles y artralgias. En el laboratorio presentaba aumento de reactivos de fase aguda e hipocomplementemia e imágenes con disminución de volúmenes pulmonares. En las PFR se evidencia patrón restrictivo con PImax 74 (60%) y PEmax 72 (31%). Se inicia tratamiento con metilprednisona 1mg/kg/día logrando mejoría clínica parcial. Al iniciarse el descenso de corticoides reaparecieron los síntomas por lo que se agregó azatioprina. Sin embargo, por no lograr el descenso deseado de corticoides se rota el inmunosupresor a Micofenolato mofetil (MMF) 2g por día observándose mejoría clínica, de PImax y PEmax, logrando suspender el corticoide finalmente.

Discusión: Debe considerarse el SLS entre los diagnósticos diferenciales en todo paciente lúpico con disnea. Aún no queda claro si existe o no alguna relación con los brotes de la enfermedad. Si bien se desconoce con exactitud la patogénesis se cree que está vinculada a la afectación diafragmática por miositis o bien al daño neuropático del nervio frénico. El objetivo del tratamiento temprano y agresivo es la restitución de la función pulmonar y el pronóstico es bueno. En todos los casos fue necesario aumentar la dosis de corticoides o la adición de inmunosupresores. No existen datos previos del uso de MMF.

EPENDIMOPLEXITIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE RECURRENCIA EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS (WEGENER)

Pisoni CN¹, Ibáñez LS ¹, Guevara M², Castro D³, Romero Vidomlansky S⁴

¹Sección de Reumatología e Inmunología, ²Departamento de Neurocirugía, ³Sección de Neurología, ⁴Departamento de Imágenes; CEMIC, CABA.

Introducción: La Granulomatosis con poliangeitis (GPA) es una vasculitis sistémica, caracterizada por afectación del tracto respiratorio alto, bajo y compromiso renal. Histológicamente se caracteriza por arteritis necrotizante y formación de granulomas extravasculares. El compromiso neurológico se puede presentar durante el curso de la enfermedad en un 22 a 50% de los casos. El compromiso del SNC se ha reportado solamente en un 2 a 8% de los casos, siendo la paquimeningitis la manifestación más frecuente. Presentamos un paciente con GPA que presentó endimoplexitis como recaída de la enfermedad.

Caso Clínico: Presentamos un paciente varón de 55 años, que debuta con fiebre, pérdida de peso de 20 kg, costras y sangrado nasal, parestesias en 4º y 5º dedos de mano derecha. Se realiza TAC de tórax que evidenció múltiples nódulos pulmonares, la TAC máxilofacial mostró pan-sinusitis. Un electromiograma demostró mononeuritis múltiple. En el laboratorio el ANCA C fue positivo con proteinasa 3 positiva. Una biopsia de nervio confirmó vasculitis de vasa nervorum. Se realizó diagnóstico de GPA e inició tratamiento con metprednisona 60 mg vía oral y ciclofosfamida (CFM) endovenosa 1g/mensual. Cinco meses después, presenta cefalea parietal intensa, fatiga, costras nasales y tos seca. Se realiza RMN que evidencia aumento de volumen de los plexos coroideos, hiperintensidad de señal de sustancia blanca periventricular, del tálamo y cuerpo calloso. Se descartaron causas infecciosas, la citometría de flujo fue normal. Se interpretó como endimoplexitis por GPA, el paciente recibió metilprednisolona en pulsos y se rotó a CFM oral. El paciente resolvió la cefalea. LA RMN de control mostró mínimos cambios endimarios.

Conclusión: La endimoplexitis en el contexto de vasculitis es extremadamente rara, pero debe ser reconocida cuando se ve asociada a otras manifestaciones de actividad de la enfermedad.

TIROTROPINOMAS. INFLUENCIA DEL RETRASO DIAGNOSTICO EN LA EVOLUCIÓN DE UN CASO SEGUIDO DURANTE 8 AÑOS.

Insua A, García L

Sección Endocrinología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, CABA.

Introducción: Los tirotropinomas son adenomas hipofisarios infrecuentes que producen hipertiroidismo central, cuyo diagnóstico precoz depende de un alto índice de sospecha. Se presenta un caso ilustrativo de dicho desafío, en una mujer de 73 años.

Caso Clínico: paciente de 68 años, con pérdida de peso (10 %), fibrilación auricular subintrante, hipertiroidismo (T4: 19.5 ug/dl (n: 4.5-12.5) y TSH: 5.6 uU/ml (n: 0.35-4.69). Captación de I131: 39 % (n:<35), Tratamiento con I¹³¹, hipotiroidismo posterior (reemplazo con T4); que presenta aumento sostenido de TSH por 21 meses (período A, tabla). 71 años: RMN que detecta macroadenoma hipofisario con desplazamiento quiasmático y compromiso de senos cavernosos. Resección parcial del adenoma, por vía TSE; inmuno tinción positiva para TSH. Reducción del tumor, mejoría de campimetría y descenso de TSH a 4.15 ug/dl. 71 a 73 años: aumento gradual de TSH (período B). **A la consulta:** asintomática, eutiroides, bajo 100 ug/d de LT4 y 30 mg/d de hidrocortisona. Laboratorio: T4: 10.7 ug/dl, T4L: 1.25 (n. 0.94-1.7), TSH: 20.43 uU/ml. FSH, IGF1 y ACTH bajos; PRL: 21 ng/ml. **Tratamiento y Evolución:** Se indica un análogo de somatostatina (SSA), octeotride 30 mg/mes, IM; LT4: 100 ug/d e hidrocortisona 20 mg/d. Siguiendo año: mejoría del campo visual, sin cambios del tumor y descenso del máximo de TSH a 17.89 (período C). 74 años: se realiza radioterapia, recibiendo 50 Gy. Se mantuvo octeotride. 74 a 76 a: descenso leve de TSH (período D). El tamaño de la lesión se redujo. 76 a 81 años: clínica estable; descenso adicional de TSH (período E); marcado achicamiento del adenoma. T4 sérica: siempre normal.

Período (meses)	n	TSH (uU/ml; n: 0.35-4.69)	DS	Rango
A (21)	5	22.63	6.10	17.25-33.10
B (20)	4	12.09	7.08	4.15-20.43
C (12)	4	14.17	2.69	12.00-17.89
D (24)	6	11.21	2.12	7.80-13.38
E (18)	6	7.93	1.90	5.20-10.96

Tabla. Evolución de la TSH. (ANOVA: F: 8.88; p<0.0003).

Conclusión: La falla en el diagnóstico *etiológico* del hipertiroidismo condujo al tratamiento del hipertiroidismo central con yodo radiactivo, así como a un retraso en la detección del tirotropinoma y a su abordaje específico.

TIROTROPINOMAS. MANEJO MEDICO QUIRURGICO Y ROL DE LA RADIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON PERSISTENCIA TUMORAL SEGUIDO POR 9 AÑOS.

Insua A, García L

Sección Endocrinología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, CABA.

Introducción: Los tirotropinomas constituyen menos del 1% de los adenomas hipofisarios. El manejo implica el abordaje simultáneo del hipertiroidismo central y del tumor, en general macroadenomas.

Caso Clínico: Varón de 25 años; con cefaleas fronto-temporales, intolerancia al calor, molestias axilares, diarrea y palpitaciones. RMN de cerebro: macroadenoma de hipófisis, con extensión supraselar y desplazamiento posterior del quiasma. Campimetría normal.

Examen físico: FC 120 x min, PA 140/80 mm Hg, temblor distal, ginecomastia bilateral.

Laboratorio: T4L: 2.48 ng/dl (n: 0.93-1.7), T3: 268 ng/ml (n: 80-200), TSH: 6.19 uU/m (0.27-4.2); PRL: 43.2 ng/ml (n.2-15), LH: 1.5 mU/m l (n: 2-9), To T: 0.35 ng/ml (n: 2.8-9).

Cortisol basal y post ACTH 1-24, ACTH, GH y FSH: normales. Test de TRH-TSH; TSH b: 6.75; post: 6.86 uU/ml.

Tratamiento y evolución: Administración de 2 dosis mensuales de 20 y 30 mg/IM, de un análogo de somatostatina (SSA), octeotride, con resolución del hipertiroidismo.

Cirugía transesfenoidal: reducción del tumor y decompresión del quiasma. Inmunotinción negativa para las hormonas anterohipofisarias. Al mes de la Cx: TSH: 0.86 uU/ml; test de ACTH 1-24: normal. PRL: 22. Recibe cabergolina y testosterona. No se reinstituye el SSA. En 6 meses la TSH se redujo de 6.5 (período A, tabla) a 1.77 uU/ml (período B); T4L tendió al ascenso. Se indica radioterapia, aplicando 43 Gy. 24 meses siguientes: TSH de 3.27 uU/ml (período C), con T4L (X): 1.67, con 4/7 valores > a 1.7 ng/dl). RMN: reducción central del macroadenoma. Se reinstaura octeotride, en dosis descendentes por aparición de hipotiroidismo central. Durante 65 meses (período D), la TSH fue normal (1.24 uU/ml). Se decide la suspensión del SSA, con mantenimiento del eutiroidismo por 9 meses.

Período (meses)	n	TSH (X)(uU/ml; n: 0.27-4.2)	DS	Rango
A (6)	4	6.5	1.13	5.18-7.89
B (6)	4	1.77	0.92	0.87-3.05
C (24)	9	3.27	0.92	1.78-4.59
D (65)	16	1.24	0.67	0.11-2.33
E (9)	1	1.12		

Tabla: evolución de la TSH media. (ANOVA: F. 21.75; p < 0.0000).

Conclusión: La detección precoz del macroadenoma con hipertiroidismo central, permitió la Cx TSE con eutiroidismo, manejar la disfunción hipofisaria y emplear terapéuticas sucesivas para el control del tumor.

ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMOS DEL RECEPTOR DE PROGESTERONA FETAL Y EL CANAL DE POTASIO ACTIVADO POR CALCIO CON EL PARTO PREMATURO EN UNA POBLACIÓN ARGENTINA.

B Comas¹, J Gili¹, LG Giménez¹, PC Mann², ME Cooper³, KK Ryckman², S Crumley², ENA Bream², HM Byers², T Piester², A Schaefer², PJ Christine², A Lawrence², KL Schaa², KJP Kelsey², SK Berends², AM

Momany², E Gadow¹, V Cosentino¹, EE Castilla^{1,4}, J López Camelo^{1,5}, C Saleme⁶, LJ Day⁷, SK England^{7,8}, ML Marazita³, JM Dagle², JC Murray²

1-Laboratorio de Epidemiología Genética. Dirección de Investigación, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC-CONICET), Buenos Aires, Argentina; 2- Department of Pediatrics, University of Iowa, Iowa City, IA, USA; 3- Department of Oral Biology and Center for Craniofacial and Dental Genetics, Department of Human Genetics, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA; 4-Instituto Nacional de Genética Médica Populacional y Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas at Laboratorio de Epidemiologia de Malformações Congênitas, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil; 5- Instituto Multidisciplinario de Biología Celular, La Plata, Buenos Aires, Argentina; 6- Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina; 7- Department of Obstetrics and Gynecology, University of Iowa, Iowa City, IA, USA; 8- Department of Molecular Physiology and Biophysics, University of Iowa, Iowa City, IA, USA.

Introducción: El parto prematuro (PP) es una complicación que afecta a casi 13 millones de embarazos en todo el mundo cada año. La tasa de parto prematuro en Argentina se estima en más o menos 8% con 2.600 muertes anuales atribuibles al PP.

Objetivos: Investigar causas genéticas de parto prematuro (PP) en Argentina a través de la evaluación de los polimorfismos de nucleótido simple (SNPs) en genes candidatos y mezcla genética poblacional.

Métodos: La genotipificación se realizó en 389 familias. Fueron estudiados efectos maternos, paternos y fetales por separado. El ADN mitocondrial (ADNmt) fue secuenciado en 50 hombres y 50 mujeres. Fueron evaluados marcadores antropológicos del cromosoma Y en 50 varones.

Resultados: Se encontró asociación fetal entre el receptor de progesterona (PGR, rs1942836; $p = 0,004$) con PP. Se encontró asociación materna entre la isoforma 3 del canal pequeño de conductancia de potasio activado por calcio (KCNN3, rs883319, $p = 0,01$) y el PP. El receptor de progesterona PGR rs1942836 estuvo asociado a edad gestacional entre 32-36 semanas ($p = 0,0004$). La secuenciación de ADNmt determinó que 88 individuos tenían haplogrupos consistentes a amerindios y dos individuos presentaron haplotipos amerindios del cromosoma Y.

Conclusiones: Este estudio replica asociaciones fetales con PP en PGR, asociación materna en KCNN3, y demuestra los posibles efectos entre la divergencia de la mezcla racial y el PP.

RECURRENCIA FAMILIAR DE RECIÉN NACIDO PREMATURO: FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES Y CARACTERÍSTICAS PERINATALES ASOCIADAS

GIMÉNEZ L ^{1,2}; KRUPITZKI H ², GADOW E ²; GILI J ^{1,2}; COMAS B ^{1,2}; COSENTINO V ^{1,2}; SALEME C ³; MURRAY J ⁴; LOPEZ CAMELO J ^{1,2,5,6}.

¹ECLAMC, ²Dirección de Investigación, CEMIC, Buenos Aires-Argentina, ³Maternidad Nuestra Señora de la Merced, Tucumán-Argentina. ⁴Department of Pediatrics, University of Iowa, Iowa City-Usa. ⁵IMBICE, ⁶ INAGEMP, Instituto OswaldoCruz.

Introducción

La etiología del parto prematuro (PTB) es compleja y heterogénea, e involucra factores genéticos y/o ambientales. Antecedentes genéticos maternos y/o fetales, contribuyen al PTB, esto se ha evidenciado por estudios familiares, de heredabilidad en gemelos, cruces generacionales, análisis de hermandades, disparidades raciales y estudios de asociación genéticos caso-control.

Objetivo

El objetivo es evaluar el impacto de agregación genética en las características ambientales, sociodemográficas y clínicas según grado de recurrencia familiar. Se realizó un estudio retrospectivo en la maternidad "Nuestra Señora de la Merced", Tucumán, Argentina.

Materiales y métodos

Se examinaron 348 prematuros, no-malformados, nacidos de mujeres multíparas. Se aplicó un score a la historia familiar descrito por Khoury, y las familias fueron clasificadas en: baja, media, o alta agregación genética.

Resultados

Las familias de baja agregación mostraron una mayor frecuencia de infecciones maternas del tracto urinario, antecedentes maternos de abortos espontáneos previos y un mayor número de parejas con tiempo de cohabitación <1año. Las familias con un alto nivel de agregación tuvieron una frecuencia significativamente mayor de complicaciones durante el embarazo, tales como diabetes, hipertensión y trastornos inmunológicos.

Conclusiones

Las historias reproductivas fueron diferentes entre los grupos con diferente carga genética, sugiriendo una respuesta diferencial basados en la susceptibilidad genética-ambiental y la activación de diferentes vías fisiopatológicas que intervienen en la determinación de la edad gestacional del embarazo en cada mujer.

DISPOSITIVO ODÓN: UN NUEVO Y SENCILLO INSTRUMENTO PARA ASISTIR EL PARTO VAGINAL

AUTORES: World Health Organization Odon Device Research Group: [Schvartzman JA](#)¹, [Krupitzki H](#)¹, [Betran AP](#)², [Requejo J](#)², [Bergel E](#)³, [Fiorillo AE](#)¹, [Gadow EC](#)¹, [Vizcaino FM](#)¹, [von Petery F](#)¹, [Althabe F](#)³, [Belizan J](#)³, [Borruto F](#)⁴, [Boulvain M](#)⁵, [Di Renzo GC](#)⁶, [Gulmezoglu M](#)², [Hofmeyr J](#)⁷, [Judge K](#)⁸, [Leung TY](#)⁹, [Nguyen MH](#)², [Saugstad OD](#)¹⁰, [Temmerman M](#)², [Treisser A](#)⁴, [Vayena E](#)¹¹, [Meriardi M](#)².

FILIACIONES: Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (CEMIC), Dto de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Saavedra, Buenos Aires, Argentina. ¹

Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland ²

Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS), Buenos Aires , Argentina³

Centre Hospitalier Princesse Grace, Montecarlo, Monaco.⁴

Hopitaux Universitaires de Geneve, Geneve, Switzerland⁵

Department of Obstetrics and Gynecology, Santa Maria Della Misericordia University Hospital, Perugia, Italy⁶

Department of Health, Effective Care Research Unit (ECRU), University of the Witwatersrand, University of Fort Hare, East London, South Africa⁷

Becton Dickinson (BD), New York, USA.⁸

Department of Obstetrics and Gynaecology, The Chinese University of Hong Kong, Shatin, N.T, Hong Kong, China.⁹

Department of Pediatric Research, Oslo University Hospital, Rikshospitalet, University of Oslo,Oslo, Norway .¹⁰

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones maternas debido a un segundo estadio prolongado del trabajo de parto incluyen complicaciones postparto como hemorragia, fiebre e infección, que también se asocia con un aumento en el riesgo de parto instrumental y sufrimiento fetal. El propósito específico de este estudio es evaluar la seguridad y factibilidad de un nuevo dispositivo (Dispositivo Odón) para partos de fetos únicos durante el segundo estadio del trabajo de parto, lo cual puede ser potencialmente más seguro y fácil de aplicar comparado con el fórceps y/o vacum y contribuir a la disminución de las complicaciones antes citadas.

OBJETIVO: Describir la experiencia preliminar del estudio prospectivo de Fase 1 para evaluar la seguridad y factibilidad del Dispositivo Odón (DO) en asistir el parto vaginal en embarazos de término

METODOS: El DO consiste en una manga de polietileno diseñada para ser aplicada fácilmente con la ayuda de un introductor y requiere un mínimo nivel de entrenamiento. Para evaluar el DO, se ha diseñado en colaboración con la OMS un protocolo de estudio en tres fases. Fase I (factibilidad y seguridad) Fase II (eficacia) y Fase II (efectividad expandida)

RESULTADOS: Hasta la fecha, el DO ha sido aplicado en 30 casos en CEMIC, sin observarse complicaciones maternas o perinatales. y se observó una mejoría significativa en la curva de aprendizaje de aplicación del dispositivo

CONCLUSIONES: EL DO está diseñado para minimizar el trauma materno - fetal. Podría también tener un rol en la reducción de infecciones perinatales, y posee el potencial para ser aplicado por personal con bajo entrenamiento en un ámbito de escasos recursos. La combinación de estas características lo convierte en un instrumento obstétrico potencialmente revolucionario

PREDICTORES DE LIMPIEZA COLONICA INADECUADA: ANALISIS DE 1045 COLONOSCOPIAS

Lasa JS, Moore R, Dima G, Peralta D, Zubiaurre I, Arguello MR, Senderovsky M, Soifer LO.

Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna. CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: Para la evaluación de la mucosa colónica en videocolonoscopia (VCC), es necesario una limpieza adecuada mediante la ingesta previa de un laxante. Los regimenes de administración de los mismos no siempre son eficaces para lograr una correcta limpieza.

OBJETIVO: Determinar factores potencialmente asociados con ineficacia de la limpieza colónica previa a la VCC.

MATERIALES Y METODOS: Se evaluaron las VCC realizadas en nuestra institución entre enero y noviembre de 2012. Se incluyeron a aquellos pacientes mayores de 18 años, los cuales fueron instruidos en cómo ingerir la medicación purgante previo a una VCC. La escala de preparación colónica de Boston fue utilizada para evaluar el grado de limpieza colónica. Un puntaje de 6 fue considerado como limpieza adecuada; un puntaje ≤ 5 fue considerado como limpieza inadecuada. Las siguientes variables fueron consignadas: edad, sexo, paciente internado, motivo de realización de VCC, laxante utilizado, administración fragmentada en dos tomas del laxante, estenosis colónica, divertículos colónicos. Se calcularon los Odds Ratio (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se realizó un análisis univariado, con posterior análisis multivariado, siguiendo un modelo de regresión logística

RESULTADOS: Se incluyeron 1045 sujetos en el análisis. Según los criterios anteriormente mencionados, 30.19% presentaron una limpieza colónica inadecuada. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, motivo de realización de VCC o adherencia a la toma del laxante entre grupos comparados. En el análisis univariado, la presencia de divertículos [OR 1.45 (1.1-1.92)], el estado de internación de los sujetos [OR 1.23 (1.15-1.59)] y la administración no fragmentada del laxante [OR 1.71 (1.33-2.20)] se asociaron a una limpieza colónica inadecuada. En el análisis multivariado, sólo la presencia de divertículos [OR 1.24 (1.07-1.64)] y la administración no fragmentada del laxante [OR 1.74 (1.35-2.24)] se asociaron en forma significativa a una limpieza inadecuada.

CONCLUSION: La presencia de divertículos así como la administración no fragmentada del laxante fueron predictores de limpieza colónica inadecuada. Estos resultados podrían tener implicancias en la administración de los esquemas de preparación colónica

**PESQUISA PRENATAL DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS FETALES:
COMPARACIÓN DE MEDIANAS DE β -HCGL Y PAPP-A**

Torres G, Guerrero L, Basilotta N, Ojeda C*, Calvo D, Quiroga S. Departamento de Análisis Clínicos – CEMIC - *Hosp. Militar Central

La fracción libre de Subunidad Beta de la Gonadotropina Coriónica Humana (β -HCGL), la Proteína Humana A asociada al Embarazo (PAPP-A) y la translucencia nucal permiten estimar riesgo de anomalías cromosómicas en primer trimestre del embarazo, comparando con medianas calculadas por edad gestacional y metodología.

OBJETIVO: Comparar medianas de β -HCGL y PAPP-A obtenidos por cambio de metodología.

MATERIALES Y METODOS: Análisis retrospectivo de sueros de mujeres embarazadas de semana 11 a 14 por ecografía. β -HCGL y PAPP-A medidas por EQLIA Roche y QMIA Siemens (utilizado como método de comparación). Cálculos: regresión lineal: Passing Bablok (r y pendiente) y diferencias: Bland y Altman.

RESULTADOS: Comparación QMIA y EQLIA

	SEMANA 11			SEMANA 12			SEMANA 13			SEMANA 14		
	r	Pend.	Dif.	r	Pend.	Dif.	r	Pend.	Dif.	r	Pend.	Dif.
B-HCGL	0,96	0,82	-6,78	0,97	0,77	-7,51	0,98	0,83	-7,98	0,96	0,79	-5,65
PAPP-A	0,96	0,9	93,9	0,96	0,92	-126	0,92	0,88	77,7	0,76	1	70

β -HCGL: se observa una diferencia promedio de -7.0 ng/mL y coeficientes de correlación similares en las cuatro semanas. PAPP-A: los coeficientes de correlación son adecuados y las diferencias no significativas.

Medianas β -HCGL y PAPP-A por semana de gestación

SEMANA	N	β -HCGL		N	PAPP-A	
		Mediana EQLIA	Mediana QMIA		Mediana EQLIA	Mediana QMIA
11	27	34,67	38,01	25	2792,5	2951
12	36	27,62	32,36	35	3483,4	3388
13	37	22,33	27,54	31	4345,1	4073
14	13	17,86	23,99	10	5420	4786

Las medianas estimadas para β -HCGL por EQLIA son menores, no observándose en PAPP-A.

CONCLUSIONES: Con nueva metodología, el cálculo de medianas es indispensable para una correcta estimación de riesgo de anomalías cromosómicas.

TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES SENSIBILIZADOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Abib A*; Sleiman J*; Soler Pujll G*; Laham G*; Teper S**; Moreno MJ**; Diaz C*.

*Sección Nefrología, Departamento Medicina, **Laboratorio de Histocompatibilidad, CEMIC, CABA.

Los pacientes (P) sensibilizados contra Ag HLA permanecen en lista de espera renal por tiempo prolongado, presentan riesgo incrementado de rechazo mediado por anticuerpos (RMA) y disminución de la supervivencia del injerto (SI).

Objetivo: Analizar la relación entre la sensibilización previa al trasplante con los episodios de rechazo agudo (RA) y la SI y P.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional con 49 P Trasplantados renales (TxR) entre enero 2000 y junio 2013 con cross match contra panel (PRA) > a 20% (por CDC o ELISA) y/o $\geq 2^\circ$ TxR. Se obtuvieron datos demográficos y de laboratorio. Se cuantifico la tasa de RA durante el 1º año. Se realizó un análisis univariado y multivariado de Cox para determinar los factores predictores de pérdida del injerto (PI) y el método Kaplan Meyer para SI y P.

Resultados: La edad media de la población fue de 42,6 años; la mediana del tiempo en diálisis de 82,1(42-154) meses y de seguimiento 47,2(21-80) meses. El 81 % de los P eran 2º TxR, de ellos solo 9% tenían PRA 0. El 8% de los P se realizo desensibilización y el 32,7 % recibió profilaxis para RMA pre trasplante. La media de creatinina al año fue de 1.63 mg/dl. El 61 % presento retardo en la función del injerto. La SI y de P fue de 89,7% y 97,9% al año respectivamente. La tasa de RA al 6º mes fue del 56 % y al año de 73.8%, de estos 39% y 45 % RMA respectivamente. El PRA pre-trasplante elevado se asoció con una mayor tasa de RA ($p < 0.02$) al 6º mes. En el análisis univariado el tiempo en diálisis ($p < 0.028$), la creatinina del 6º mes ($p < 0.001$), al año ($p < 0.01$) y una proteinuria al año > 150 mg/24 hs fueron predictores de PI, mientras que en el multivariado sólo la creatinina al año OR 46 CI(1.65-1325) $p < 0.024$, predijo PI.

Conclusión: En este grupo de P sensibilizados la tasa de RA fue elevada y relacionada al PRA pre Tx. Sin embargo esto parece no afectar la SI y de P.

USO DE CINACALCET EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO POST-TRANSPLANTE RENAL

Camacho J, Laham G, Paz V, Sleiman J, Soler Pujol G, Diaz C

Sección Nefrología, Departamento Medicina, CEMIC, CABA

Introducción. El trasplante renal (TxR) se asocia con disminución de los niveles séricos de PTH. La persistencia de valores elevados es sugestiva de hiperparatiroidismo persistente (HPTp), que junto a la hipercalcemia son factores de riesgo para pérdida de masa ósea y calcificaciones. El cinacalcet actúa sobre los receptores calcio (Ca) sensibles aumentando su activación por el Ca iónico, disminuyendo los niveles de PTH, Ca y fosforo (P) plasmático.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad del cinacalcet en pacientes (Ptes) TxR con HPTp e hipercalcemia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional en 13 Ptes TxR que recibieron cinacalcet durante al menos 3 meses (m), como tratamiento del HPTp. Se analizaron datos demográficos y de laboratorio (PTHi, Ca, P, pre cinacalcet y a 1, 3, 6 y 12 m) y dosis media de cinacalcet. Para comparar las variables se utilizó el T test para muestras relacionadas.

Resultados: La edad media fue de 50 ± 12 años, 53.8% eran varones, el tiempo en diálisis fue 67 (38-100) m y el tiempo de seguimiento fue 40 (15-91) m. La mediana del tiempo desde el TxR al inicio de cinacalcet fue 24 (9-62) m.

La PTH preTx fue de 661 ± 367 pg/ml; el Ca 9.5 ± 0.9 mg/dl; el P 5.2 ± 1.6 mg/dl; La media de calcidiol posTx fue 19.3 ± 13.5 ng/ml y solo el 38% recibieron previamente ergocalciferol. La PTH pre cinacalcet fue 160 ± 73 pg/ml; al m fue 150 ± 118 pg/ml; a los 3 m 183 ± 139 pg/ml y a los 6 m de 147 ± 92 , este descenso no fue significativo. El Ca bajo en forma significativa de 11.2 ± 0.78 a 9.9 ± 0.72 mg/dl al m ($p < 0.001$) manteniendo sus valores estables a los 3 (10.2) y 6 m (10.5); el P fue 2.7 ± 0.79 mg/dl al inicio del tratamiento, manteniendo valores estables al mes, 3 y 6 m. La dosis media de inicio fue de 28,8 mg aumentando al 1º m 34mg y a los 6 m 38.5mg/d.

Conclusiones: En esta pequeña cohorte de estudio de Ptes con HPTp, el cinacalcet fue efectivo en bajar los niveles de Ca no teniendo el mismo efecto sobre la PTHi, eso podría deberse al ajuste de dosis.

N-GAL URINARIO: SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE RETARDO EN LA FUNCIÓN DEL INJERTO. Resultados Preliminares

Sleiman J*, Abascal JM*, Laham G*, Martínez A**, Soler Pujol G*, Abib A*, Paz V*, Diaz CH*.

*Sección Nefrología, Departamento Medicina, **Departamento de Laboratorio, CEMIC, CABA.

Introducción: La disfunción primaria del injerto debido a lesión isquémica o injuria celular tubular es una frecuente complicación del Trasplante renal (TxR) Donante Fallecido (DF) teniendo serias consecuencias tanto a corto como a largo plazo. La implementación de nuevos biomarcadores podría aumentar la sensibilidad diagnóstica y monitoreo de Injuria renal en receptores de TxR.

Objetivo: Evaluar la utilidad de N-GAL urinario como predictor de Retardo en la función del injerto (RFI)

Material y Métodos: se realizó un estudio prospectivo y analítico en 19 pacientes de un total de 50 TxR llevados a cabo en CEMIC entre 05/2011 y 04/2012. Se evaluaron datos demográficos, de laboratorio (creatinina (Cr) a día (D) 1, 3, 7, 15, 30 y al 1º año), tasa de RFI y rechazo agudo (RA) al año. Se midió N-GAL (u) al D 1, 3 y 7 día posTx

Resultados: La edad media fue de 52 años \pm 13, el 57,9% era de sexo M, la mediana (med) del tiempo de seguimiento fue de 19 meses (m)(15-24), la med del tiempo en diálisis fue de 60 (42-81) m. En un 73.7% fueron 1º Tx y el 26% de criterio expandido. El 47,4 % (9) presentó RFI y la tasa de RA 1º año fue 42.1%. La supervivencia del injerto fue del 94.7% y de pacientes del 100% al año. Observamos un descenso significativo en los valores de N-Gal(u) (med 386 (127-900), 143 (71-340) y 51 (31-209), que se correlacionó en forma directa y proporcional al descenso de la Cr. 8 (\pm 2.8), 7.2 (\pm 2.4), 5.1 (\pm 3). 2.7 (\pm 1.9), 1. (\pm 0.5) y 1mg/dl (\pm 0.5). En contrapartida no encontramos asociación significativa entre N-Gal y RFI. Cabe destacar que evidenciamos una correlación bivariada entre T IF 1170 (1050- 1452) minutos y los valores de N-GAL a D7 ($p < 0.03$).

Conclusión: en esta cohorte de estudio, los resultados preliminares mostraron que los valores de N-GAL acompañan la mejoría funcional del injerto, en tanto que no predice RFI.

DESARROLLO DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES TRANSPLANTADOS HEPATICOS

Apoloni S, Trucco J, Melchiori R, García F, Gavier B, Posadas L, Mendizabal M, Morales JC, Grassi D.

Hospital Universitario Austral, Pilar, CABA.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es la complicación cardiovascular más frecuente en el post trasplante hepático (TH), especialmente dentro de los primeros seis meses posoperatorios. Se describe a los inhibidores de calcineurinas como los principales factores de riesgo, observándose una prevalencia a los 12 meses post trasplante de 81 % en tratados con Ciclosporina, y de 30 % en los que recibieron Tacrolimus. El rol de los corticoides no está bien establecido.

Objetivo: Evaluar el desarrollo de HTA en pacientes trasplantados hepáticos durante el primer año post trasplante y factores asociados al desarrollo de la misma.

Material y Método: Hemos analizado retrospectivamente una cohorte de 123 pacientes adultos (mayores 18 años) normotensos sometidos a trasplante hepático (TH) en el Hospital Austral entre 2001 y 2011. Se definió HTA cuando fuera comunicada por el médico tratante, iniciándose tratamiento hipotensor. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para evaluar desarrollo de HTA durante el primer año post trasplante y regresión de Cox para estudiar los factores asociados, calculando Hazard Ratio e intervalos de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativa una p menor a 0.05.

Resultados: HTA fue diagnosticada en 44.7 % (55) de pacientes durante el primer año post TH. La prevalencia de HTA fue de 37% (51) a los 30 días, 33% (46) a los 90 días, 31.7% (44) a los 180 días y 28% (39) un año después del TH. La probabilidad estimada de estar libre de HTA durante el primer año fue de 50% (95% CI 40-59). No se encontraron variables asociadas con el desarrollo de HTA con valor estadísticamente significativo.

Conclusión: Los pacientes sometidos a TH tienen mayor riesgo de desarrollar HTA. Se ha reportado que la principal causa era la inmunosupresión con inhibidores de la calcineurina. Sin embargo, no hemos podido encontrar variables estadísticamente significativas asociadas al desarrollo de HTA.

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS DE LA NEUMONÍA LIPOIDEA

Mercapide C¹, Costanza J¹, Espil G¹, Larrañaga N¹, Gallo JC¹, Kozima S¹

¹ Servicio de diagnóstico por imágenes, CEMIC, Buenos Aires.

Objetivos: Realizar una revisión de las manifestaciones tomográficas de la Neumonía Lipoidea.

Revisión: La Neumonía Lipoidea resulta de la acumulación de lípidos en los alvéolos. Dependiendo del origen de los lípidos puede ser clasificada en exógena o endógena. La exógena es causada por inhalación/aspiración de grasa animal o aceites minerales-vegetales y puede tener presentación *aguda* o *crónica*. La endógena suele asociarse a acumulación de macrófagos intraalveolares por una obstrucción bronquial.

Hallazgos tomográficos:

La NL exógena aguda puede tener manifestación radiológica a los 30 minutos de la aspiración/inhalación. Pueden verse opacidades en vidrio esmerilado y/o consolidaciones bilaterales, que implican predominantemente al lóbulo medio y los inferiores, nódulos marginales, neumatoceles, neumomediastino, neumotórax, y derrame pleural. El hallazgo diagnóstico en la TC son áreas de atenuación grasa hasta de -30 HU en las consolidaciones y nódulos, sin embargo, en algunos casos la atenuación grasa no es evidente ya que los valores se promedian con la inflamación periférica. La Neumonía Lipoidea crónica se manifiesta más frecuentemente como vidrio esmerilado o consolidaciones que implican uno o más segmentos, típicamente con distribución peribroncovascular y participación predominante de los lóbulos inferiores. También puede manifestarse como un nódulo/masa con contenido adiposo, típicamente irregular o espiculada como resultado de la inflamación crónica y de la fibrosis secundaria. Algunos pacientes presentan patrón en empedrado, a predominio basal. En etapas tardías se evidencia distorsión arquitectural asociada a las opacidades de consolidación, y engrosamiento de los septos interlobulares o fibrosis. A diferencia de la Neumonía Lipoidea exógena, la endógena no se manifiesta radiológicamente como opacidades con baja atenuación, por lo que su diagnóstico es exclusivamente histológico.

Conclusión: Reconocer las manifestaciones tomográficas de la NL es importante porque, en el contexto clínico apropiado, estos hallazgos pueden ser diagnósticos.

MIGRACION DE DISPOSITIVOS MEDICOS-QUIRURGICOS

Serrano E, Amerio T, Espil G, Larrañaga N, Gallo JC, Kozima S

Departamento de Diagnóstico por Imágenes, CEMIC, CABA.

Objetivos: Hacer una revisión de los hallazgos tomográficos que suponen los dispositivos médicos migrados y sus posibles complicaciones.

Revisión: El hallazgo de cuerpos extraños durante la realización de estudios tomográficos es un evento infrecuente y puede suponer un reto para el médico radiólogo poder reconocerlos. En muchos casos estos cuerpos extraños se corresponden a elementos quirúrgicos y dispositivos médicos que fueron migrados de su lugar de origen. Por ello es importante saber identificarlos, reconocer su topografía y sus posibles complicaciones.

Hallazgos de imágenes

- Stent Biliar: pueden observarse como imágenes tubulares de alta densidad en la luz del duodeno o intestino delgado, que pueden complicarse produciendo obstrucción intestinal y perforaciones.
- Filtro de VCI y catéter: es una complicación rara que presentan estos dispositivos, pudiendo migrar hacia la vasculatura pulmonar produciendo TEP e infarto.
- DIU: muy raramente pueden migrar a la cavidad, con riesgo de producir perforación de órganos huecos y/o fistula recto-uterina.
- Tornillo de fijación óseo: en excepcionales ocasiones pueden perforar el esófago y migrar por el tubo digestivo.
- Prótesis dentaria: pueden pasar hacia la vía aérea provocando hiperinflación o atelectasia del lóbulo comprometido; o pasar al sistema digestivo con riesgo de perforación.
- Oblito: suelen presentarse como masa de densidad de partes blandas con un patrón esponjiforme con burbujas en su interior. Los mismos pueden evolucionar con formación de abscesos, obstrucciones intestinales y fistulas.
- Clips quirúrgicos: en ocasiones migran libremente de su lugar de origen, encontrándose como hallazgo incidental o raramente como formación de abscesos
- Cuerda de piano de cateterismo: puede quedar estacionadas en venas o arterias de gran calibre y provocar trombosis de la misma.

Conclusión: La migración de los dispositivos médicos son eventos pocos frecuentes en la práctica diaria, pudiendo provocar complicaciones potencialmente graves, por tal motivo el radiólogo debe estar familiarizado con la apariencia topográfica.

RELACIÓN IR Y VALORES DE FUNCIÓN RENAL: UTILIDAD PARA DIFERENCIAR PATOLOGÍA RENAL AGUDA DE LA CRÓNICA

Cobeñas R¹, Gallo JC¹, Larrañaga N¹, Longobardi H¹, Boroda A¹, Kozima S¹

¹Departamento de Diagnóstico por Imágenes, CEMIC, CABA.

Objetivo: Analizar la utilidad de la medición del índice de resistencia (IR) en arterias arcuatas renales y su relación con el valor de creatinina sérica para diferenciar riñón sano y patológico, y patología aguda de crónica, en riñones trasplantados y nativos.

Materiales y métodos: Se realizó la medición del IR y la documentación de los valores séricos de creatinina y la presencia de proteinuria en 80 pacientes que serían sometidos a biopsia renal por alteraciones clínicas o de función renal.

Resultados: Del total de 80 pacientes se biopsiaron 67 injertos renales. En total 8 de ellos no mostraron patología, 5 presentaron NTA, 22 presentaron signos de rechazo agudo, y 32 signos de rechazo crónico. Se biopsiaron 13 riñones nativos, observando signos de patología aguda en 7 de ellos y crónica en 5. En el grupo de injertos con signos de rechazo agudo, se encontró una muy baja asociación a valores de IR menores de 0,7 asociados a creatinina menor a 2 mg/dl (13%), mientras que fue mayor en el grupo con signos de rechazo crónico (25%), no observando relación directa entre porcentaje de daño parenquimatoso e IR. No se documentaron valores de IR mayores a 0,8 con creatinina mayor a 2 mg/dl en injertos sanos. Los 5 pacientes con necrosis tubular aguda (NTA) presentaron asociación de IR mayor a 0,7 y creatinina mayor a 4 mg/dl. En 36 pacientes trasplantados con IR mayor a 0,7 y creatinina mayor a 2 mg/dl no se observó asociación significativa para diferenciar rechazo agudo (52,7%) de crónico (46,3%).

Conclusión: Valores asociados de IR menor a 0,7 y creatinina menor de 2 mg/dl sugieren la ausencia de rechazo agudo de injerto, pero no la de rechazo crónico. Valores de IR mayores a 0,8 y creatinina mayor a 2 mg/ml excluyen la posibilidad de indemnidad renal.

VASCULATURA RENAL COMPLEJA EN EL DONANTE VIVO. EVALUACION Y RESULTADOS.

Pruñonosa V*, Sleiman, J*; Laham G*, Soler Pujol G*, Secin F**; Marrugat R **, Alvarez P***, Diaz CH*

*Sección Nefrología, Departamento Medicina, ** Servicio de Urología, Departamento Cirugía, ***Servicio de Clínica Medica, Departamento Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción: La anatomía vascular renal compleja (ARC) puede afectar los resultados del trasplante renal con donante vivo (TxRDV). La evaluación por arteriografía (ART) fue reemplazada por la angiografía por resonancia magnética nuclear (RMN) o tomografía computada (TC)

Objetivo: Evaluar la prevalencia de ARC en donantes vivos (DV) correlacionando los hallazgos quirúrgicos (Qx) con estudios radiológicos (Rx) pre Tx y el impacto en la evolución del receptor (R).

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 61 partes quirúrgicos de nefrectomías de DV en TxRDV realizados en CEMIC entre el 1/2002 y 08/2012. La anatomía normal (ARN) definida como la presencia de 1 arteria y 1 vena, todo otro hallazgo fue ARC. La evolución del R se evaluó mediante creatinina (cr) al año, pérdida de injerto (PI), proteinuria y muerte. Se utilizó el T test para variables continuas y Chi² o test de Fisher para las dicotómicas. Los resultados se expresan en media (m), mediana (med) o porcentajes según corresponda.

Resultados: La edad media de los DV fue 49± 11 años, siendo de sexo masculino 26 (42.6%). En cuanto al parentesco: 27 (44.3%) eran padres, 18 (29.5%) hermanos, 12 (19.7%) esposos y 4 (6.4%) otros. En un 68.9% (42) se optó por el riñón izquierdo. En 23 pacientes (37.7%) se utilizó la vía laparoscópica. En cuanto a los R la edad m fue 40 ±12 años, 36 (59 %) eran de sexo M. La m del tiempo en diálisis y de seguimiento fue de 14 (9 – 39) y 40 (21-79) meses respectivamente. La cr al año fue 1.5±0.6 mg/dl y sólo 3 (4.9%) pacientes tuvieron PI. La prevalencia de ARC fue del 26.2 %, a expensas de mayor número de arterias. Se realizaron 20 (32.8%) RMN, 25 (41%) TAC y 16 (26.2%) ART en total. En 12(19.7%) DV existió discordancia entre el estudio Rx y los hallazgos Qx. Si bien con la TAC se vio la mayor discordancia (8/25 estudios), esta no fue significativa. La ARC no se asoció con mayor tiempo de isquemia ni afectó significativamente la evolución del R respecto de los pacientes con ARN.

Conclusión: La ARC es prevalente en DV. Los estudios por imágenes pueden no detectar anomalías. La ARC no parece afectar la evolución del R.

DESATURACIÓN INEXPLICADA EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

Tisi Baña M¹, Princz MA¹, Baratta S², Germano E¹, Christiani A¹, Lynch M¹, Sevilla S¹, Gavier B¹, Morales JC¹, Grassi D¹.

¹ Servicio de Clínica Médica, ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar.

Introducción: El shunt de derecha a izquierda es una causa reconocida de hipoxemia refractaria. Esta alteración puede deberse a comunicaciones intra pulmonares o intracardiacas (estas últimas en relación a hipertensión pulmonar).

Métodos: Presentamos dos casos de shunt derecha izquierda intracardiacos en ausencia de hipertensión pulmonar y revisamos la literatura.

Caso 1: Masculino de 72 años ingresó por colangitis y tumor de Klutskin. Al ingreso se evidenció desaturación (89%, con FiO₂: 0,21), sin otros datos positivos. Estudios complementarios: angiotomografía de tórax normal y espirometría con restricción leve. Prueba con oxígeno al 100% sin corrección. Al examen físico presentaba platipnea y ortodeoxia. Ecocardiograma transesofágico: aneurisma del septum interauricular, válvula de Eustaquio prominente y prueba de burbujas positiva. Estudio hemodinámico con presiones pulmonares normales que confirmó comunicación interauricular a nivel del foramen oval de 5 mm, con shunt permanente de derecha a izquierda. Se realizó prueba de cierre con balón con normalización de la saturación por lo que se procedió al cierre del defecto interauricular. Evolucionó con mejoría de la saturación, sin requerimiento de oxígeno.

Caso 2: Masculino 67 años con antecedente de tres accidentes cerebrovasculares, ingresó por prostatitis aguda. Al ingreso presentaba desaturación asintomática interpretada como falla diastólica. Luego de balance negativo y mejoría del cuadro séptico persistía la desaturación. Estudios: angiotomografía de tórax normal. Prueba con oxígeno al 100% sin corrección. Constatamos platipnea y ortodeoxia. Ecocardiograma: septum interauricular aneurismático, defecto septal de 0.8 cm con pasaje de burbujas a cavidades izquierdas. El centellograma con albumina marcada evidenció múltiples impactos sistémicos y actividad temprana en carótidas que sugirió shunt cardíaco. El estudio hemodinámico confirmó shunt de derecha a izquierda sin hipertensión pulmonar.

Conclusión: El shunt de derecha a izquierda sin hipertensión pulmonar es una causa subdiagnosticada y poco frecuente de hipoxemia y sólo la sospecha clínica permite su diagnóstico.

DONANTES CON CID. ¿DEBEN SER ACEPTADOS ESOS RIÑONES?

Di Lella, N*, Aguiar A.*, Sleiman J.*, Iotti A.**, Iotti R.**, Diaz C*.

*Sección Nefrología, Departamento Medicina, ** Servicio de Anatomía Patología, CEMIC, CABA.

Introducción: La coagulación intravascular diseminada (CID) es la activación excesiva del sistema de la coagulación ocasionando microangiopatía trombótica (MAT). La incidencia de CID en donantes fallecidos (DF) es de un 25%, siendo aún mayor en casos de traumatismo encefálico (TEC). Sin embargo no es claro si aceptar riñones de DF con CID.

Objetivos: Presentar la evolución funcional e histológica de 2 injertos renales (IR) provenientes de un DF por TEC, con diagnóstico de MAT por biopsia renal (BR) al desclampeo y presunción de CID en el DF.

Desarrollo: Se reporta la evolución de dos IR de un DF por TEC, femenino de 33 años, sin antecedentes. La creatinina (Creat) pre ablación fue 2.5mg/dl. Presentaba microhematuria, trombocitopenia. CPK, LDH y TGP-TGO elevadas. La BR al desclampeo mostró necrosis cortical (NC) focal con MAT y Necrosis Tubular Aguda (NTA).

Los IR fueron implantados en 2 receptores masculinos de 60 (R1) y 30 (R2) años. Ambos tenían como enfermedad de base una glomerulopatía crónica y se encontraban en hemodiálisis. R1 tenía 3 miss-matches (MM), un cross-match (XM) negativo y un tiempo de isquemia (TIF) de 23Hs. R2 tenía 4MM, XM positivo para linfocitos B y un TIF de 26Hs. Ambos recibieron timoglobulina, esteroides y micofenolato. El sirolimus fue introducido posteriormente. R1 cursó con DGF en tanto que R2 tuvo buen ritmo diurético. En R1 la evolución funcional renal fue con Creat de 2.9 y 2.2 mg/dl, al 3° y 6° mes respectivamente. Para R2 fue: Creat 2.8 y 2 mg/dl para mismos períodos. Las BR de R1 y R2 al día 5 mostraron persistencia de NC, MAT y NTA. En tanto que la BR del mes 3 mostró ausencia de MAT y un FIAT del 15%, con esclerosis focal y segmentaria leve en R2.

Conclusión: La BR pre implante resultó útil para el diagnóstico de MAT en un DF en el cual no hubo reporte de CID al momento de la procuración. Como en otros casos reportados el implante de injertos con MAT se acompañó de una evolución funcional satisfactoria y de mejoría histológica.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO. Reporte de un caso.

Ledesma L¹, Gomez Centurión I¹, Colaci C¹, Rivero M², Arakaki D², Guetta J², Lopez Saubidet C¹.

¹Servicio de Medicina Interna; ²Sección Cardiología, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción: El Síndrome Antifosfolípido es el trastorno adquirido de la coagulación más frecuente, caracterizado por la presencia de autoanticuerpos, eventos tromboticos y complicaciones obstétricas. Constituye un trastorno sistémico con afectación de vasos venosos, arteriales y pequeños vasos, los cuales sufren en muchos casos un daño inicial que desencadena un “segundo golpe” trombotico. Conlleva un riesgo elevado de eventos cerebro y cardiovasculares que, aunque infrecuentes, resultan en la mayor causa de morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

Caso Clínico: Mujer de 49 años con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo, menopausia precoz, antecedentes heredofamiliares de enfermedad coronaria, episodios de muerte fetal en el tercer trimestre y parto prematuro por preeclampsia con ACV isquémico post parto. Consulta por episodios prolongados subintrantes de dolor precordial con ECG con supradesnivel del ST de V1 a V3 y cara inferior, con ondas Q y ondas T negativas en ésta última, CPK 743 (53 MB) y Troponina T ultrasensible 7040. Presentaba signos de insuficiencia cardíaca descompensada y livedo reticularis. Ecocardiograma con FEy 40% e hipoquinesia severa anterior, apical, inferoposterior y lateral; disfunción diastólica moderada e insuficiencia mitral severa, con PSP 45 mmHg. Se observa en cinecoronariografía arteria coronaria derecha dominante ocluida con imagen de trombo agudo, lesión de tronco del 60%, arteria descendente anterior ocluida y circunfleja con obstrucción del 80%. Evolución desfavorable al intentarse angioplastia con bloqueo AV completo y paro cardiorespiratorio sin respuesta a reanimación avanzada. Se obtienen resultados de laboratorio posteriores positivos para IgG anticardiolipina, IgG anti Beta2 Glicoproteína y anticoagulante lúpico realizándose el diagnóstico de Síndrome Antifosfolípido.

Conclusión: Los eventos tromboticos arteriales, incluyendo los síndromes coronarios agudos, resultan una complicación posible pero infrecuente del Síndrome Antifosfolípido. Se relata en este caso un evento agudo que resulta fatal, en contexto de hallazgos clínicos y de laboratorio que logran el diagnóstico de Síndrome Antifosfolípido, sumado a factores de riesgo cardiovascular que predisponen a un daño endotelial inicial.

TROMBOSIS INFECTADA DE AURÍCULA DERECHA ASOCIADA A CATETERES CENTRALES. Reporte de un caso.

Virasoro B¹, Mandó P¹, Espinosa J¹, Ruiz Esquide S¹, De la torre ML¹, Lopez Saubidet C¹.

¹Servicio de Medicina Interna, Departamento de Medicina, CEMIC, CABA.

Introducción: La trombosis venosa de miembros superiores asociada a catéteres presenta una incidencia variable dependiendo del tipo de catéter, la localización y los factores propios del paciente. La trombosis de aurícula derecha relacionada a catéteres centrales es una complicación poco frecuente pero cuando ocurre presenta una alta mortalidad. Una vez presente se observa una tasa de infección del 6-7%, siendo *S. aureus* el principal microorganismo. El mecanismo fisiopatológico propuesto sería prolongación de trombos intraluminales desde la VCS, la alteración del flujo sanguíneo e irritación mecánica de la pared auricular. Las trombosis auriculares pueden manifestarse por la presencia de fenómenos embólicos o por aumento de la resistencia a la utilización del catéter.

Caso Clínico: Mujer de 55 años con antecedentes de DBT tipo 2, IRC, ACV e IAM en hemodiálisis a través de un catéter transitorio yugular derecho durante 3 meses. Ingresó por sepsis de foco endovascular asociado a encefalopatía urémica en contexto de incapacidad para dializar a través de catéter. Se encontraba hemodinámicamente estable, sin evidencia de fenómenos embólicos y síndrome confusional. TC de tórax con imágenes pulmonares nodulares, cavitadas compatibles con embolias sépticas y ecocardiograma transesofágico con imagen en AD de 2x2cm proveniente de la VCS sin evidencia de FOP. Se realizó recambio de catéter obteniéndose del cultivo de la punta un *St. Aureus* meticilino-resistente. Inicia tratamiento con daptomicina y anticoagulación con heparina sódica. Evoluciona con endoftalmitis del ojo izquierdo, progresión del trombo auricular con persistencia de *S. aureus* meticilino resistente en hemocultivos por lo que se agrega linezolid al tratamiento.

Discusión: El diagnóstico clínico es difícil ya que hay gran cantidad de casos cuya presentación es asintomática por lo que se debe tener alto nivel de sospecha. Las opciones de tratamiento son anticoagulación, trombectomía, trombolisis y antibioticoterapia en caso de trombosis infectadas. Todas estas modalidades deben ser combinadas con la remoción del catéter luego de un período de anticoagulación.

CALCINOSIS TUMORAL UREMICA EN PACIENTE TRATADO CON DIALISIS PERITONEAL CRÓNICA.

Drucker D, De All J, Koutnouyan G, Wainer P, Gnocchi C

Clínica Médica. Sanatorio Otamendi. Buenos Aires , Argentina

Introducción: La calcinosis tumoral es una rara enfermedad caracterizada por depósitos de fosfato de calcio en tejidos blandos periarticulares, previamente sanos y bajo un ambiente químico alterado. Se describe como complicación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis, consecuencia, del aumento del producto fosfo-calcico. La confirmación histológica es imprescindible para descartar los diagnósticos diferenciales, principalmente los tumores malignos de partes blandas.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 44 años, con antecedentes de diálisis peritoneal crónica, que consulta por tumoración a nivel lateral del muslo, de 8 meses de evolución, con diagnostico histológico de calcinosis tumoral.

Conclusión: Se revisa la patogenia, presentación clínica, imágenes, diagnósticos diferenciales, anatomía patológica y tratamiento de dicha patología.

TROMBO AURICULAR ASOCIADO A CATETER

Braillard Pocard A, Chico M, De All J, Koutnouyan G, Meneses E, Gnocchi C.

Servicio de Clínica Medica, Sanatorio Otamendi-Miroli, CABA.

Introducción: La trombosis auricular asociada a catéter es una complicación de diferentes tipos de catéteres centrales, muchas veces asintomático, siendo un hallazgo en estudios realizados por otros motivos. La mortalidad según diferentes series varía de 18-40%. Se clasifican en tipo A (móvil, con alta incidencia de TEP) y tipo B (que se forma por la presencia de un cuerpo extraño en la aurícula). Se postula que el mecanismo de formación de estos trombos estaría relacionado a la irritación que genera la punta del catéter en la pared auricular. El diagnóstico se realiza principalmente por ecocardiograma transesofágico, aunque también se los puede hallar por otros métodos como TAC. Están descritos diferentes tipos de tratamientos tanto médicos como quirúrgicos según el tipo de trombo y la condición clínica del paciente.

Presentamos el caso de un paciente de 23 años sin antecedentes patológicos, que ingresa derivado de otra institución, donde requirió tres laparotomías exploradoras para toilettes quirúrgica y cumplió múltiples esquemas antibióticos por infección abdominal de sitio quirúrgico órgano espacio secundario a apendicitis aguda.

Al ingreso al sanatorio se encontraba lucido, hemodinámicamente estable, febril, con signos de SIRS y dolor abdominal. Se decide realizar tomografía computada de tórax y abdomen para objetivar foco infeccioso, como hallazgo en los estudios se observa imagen compatible con trombo en aurícula derecha de aproximadamente 2 cm, el cual se confirma con ecocardiograma transesofágico, se realiza ecografía doppler de cuatro miembros negativo para trombosis. Se interpreta dicho trombo secundario a catéter de vía central que previamente presentaba el paciente para alimentación parenteral. Se inicia tratamiento con anticoagulación y es dado de alta con seguimiento ambulatorio. Se realiza ecocardiograma control a los 7 días de iniciado el tratamiento sin cambios al momento.

Conclusión: Actualmente no existen guías que estandaricen el tratamiento a seguir en estos pacientes, solo se describen reportes de caso y recomendaciones de expertos en donde las opciones terapéuticas varían entre la anticoagulación y la remoción quirúrgica o percutánea del trombo. Decidimos presentar este caso para repasar: la bibliografía disponible, la clínica que pueden presentar estos pacientes, las opciones y recomendaciones terapéuticas actuales, y revisar los factores que influyen al momento de elegir un determinado tratamiento.

Troponina T ultrasensible elevada al ingreso a Unidad Coronaria: significado clínico y pronóstico

C. Boissonnet, M. Rivero, J. Guetta, J. Thierer, D. Arakaki, J. Fuselli. Unidad Coronaria, Sección Cardiología, CEMIC

INTRODUCCIÓN

La medición de la Troponina T ultrasensible (TTUS) es rutinaria al ingreso a nuestra Unidad Coronaria (UC). Si bien suele considerarse que su elevación (ETTUS) sugiere un cuadro coronario agudo, observaciones preliminares sugieren que otras patologías pueden presentarla.

OBJETIVO

Definir la prevalencia de E TTUS en pacientes internados en UC por cualquier causa , factores asociados y relación con la evolución hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Medición al ingreso a UC de la TTUS, considerando E TTUS un valor >14 pg/ml (máximo normal según Laboratorio CEMIC). Las variables cualitativas se expresan como porcentajes, las cuantitativas como mediana. En todas las comparaciones presentadas el valor de p fue <0.05 .

RESULTADOS

Entre marzo y agosto de 2013 se internaron en UC 280 pacientes; en 261 (93,2%) se dosó TTUS. Se verificó E TTUS en 200 (76,6%). Comparados con aquellos con TTUS normal, los pacientes con ETTUS eran más añosos (73 vs. 64 años), con antecedente más frecuentes de HTA (73 vs. 57%) e insuficiencia cardíaca (IC), (31,5 vs. 10%); e IC como cuadro de ingreso (33 vs. 12%). Se asociaron a ETTUS hematocrito más bajo (38 vs. 40) y creatinina (1,1 vs. 0,9 mg%) y NT pro BNP (2245 vs. 229 pg/ml) más elevados. Fue también más prevalente la fracción de eyección $< 40\%$ (28 vs. 10%). No hubo diferencia en la presentación como síndrome coronario agudo.

En análisis multivariado sólo predijeron ETTUS edad (OR 1.03, IC 95% 1.003-1.07) y creatinina (OR 6.8, IC 95% 3.1-35.4)

En los pacientes con ETTUS la mortalidad fue mayor (6,5 vs.0%) y la estadía hospitalaria más prolongada: 3 (2-5) vs. 2 (1-3) días.

CONCLUSIONES

La ETTUS es un fenómeno altamente frecuente en la internación en UC, no patognomónica del síndrome coronario agudo. Señala pacientes con peor evolución, y sólo la predicen independientemente edad y disfunción renal.

Predictores de Internación prolongada en Unidad Coronaria.

J. Guetta, C. Boissonnet, J. Thierer, D. Arakaki, M. Rivero, J. Fuselli. Unidad Coronaria, Sección Cardiología, CEMIC

INTRODUCCIÓN

La duración de la internación en Unidad Coronaria (UC) es punto final primario de diferentes estudios; se considera que su acortamiento señala mejoría en el tratamiento instituido y claramente repercute en los costos. Conocer los factores asociados a internación prolongada (IP) es el primer paso para una gestión más eficiente del sistema de salud en ese contexto.

OBJETIVO

Definir prevalencia de IP y factores asociados en una cohorte de pacientes internados en UC

MATERIAL Y MÉTODOS

Registro prospectivo de internación en UC de pacientes consecutivos entre marzo y agosto de 2013. Se define como IP duración de internación ≥ 7 días. Se determinan las variables clínicas y de exámenes complementarios asociadas a IP. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes, las cuantitativas como mediana. En todas las comparaciones presentadas el valor de p es <0.05 .

RESULTADOS

De 280 pacientes, en 43 (15,4%) hubo IP. Eran más añosos (78 vs. 68 años), con mayor prevalencia de disfunción renal previa (42 vs. 12%) y más frecuentemente admitidos por insuficiencia cardíaca (56 vs. 22%). No hubo diferencia en los parámetros vitales de ingreso. Los parámetros de laboratorio fueron en ellos peores: hematocrito (33 vs. 39) y albúmina (3,9 vs. 4,2 g%) más bajos; urea (63 vs.40 mg%), creatinina (1,35 vs. 1 mg%) y NT pro BNP (6599 vs. 984 pg/ml) más elevados. También fue peor la fracción de eyección: 44 vs. 55%

En análisis multivariado se asociaron independientemente a IP: a) la insuficiencia cardíaca como causa de admisión: OR 2.5, IC 95% 1.1-5.7; b) la fracción de eyección $< 40\%$: OR 2.6, IC 95% 1.1-5.9; c) el hematocrito: OR 0.89, IC 95% 0.83-0.96.,

CONCLUSIONES

La IP en UC es esperable sobre todo en pacientes añosos, con mala función ventricular, insuficiencia cardíaca y anemia. Tenerlo en cuenta puede permitir instaurar medidas preventivas.

Características y evolución de la Insuficiencia cardíaca en Unidad Coronaria.

D. Arakaki, J. Guetta, J. Thierer, M. Rivero, C. Boissonnet, J. Fuselli. Unidad Coronaria, Sección Cardiología, CEMIC

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un motivo de internación frecuente en Unidad Coronaria.

OBJETIVO

Definir el perfil clínico y paraclínico de los pacientes internados con IC, y su importancia como factor pronóstico hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Registro prospectivo de internación en UC de pacientes consecutivos entre marzo y agosto de 2013. Se define IC de acuerdo a los criterios clínicos habituales. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes, las cuantitativas como mediana y rango intercuartilo. En todas las comparaciones presentadas el valor de p es <0.05 .

RESULTADOS

En 76 de 280 pacientes (27,1%) el diagnóstico de ingreso fue IC. Todos ellos presentaban signos congestivos; en sólo el 9% hubo signos de hipoperfusión. Más allá de los antecedentes tradicionalmente descriptos (hipertensión, diabetes, valvulopatía) los pacientes con IC presentaron, respecto de aquellos ingresados por otras causas, antecedente de cáncer (27% vs. 12%), disfunción renal (39 vs. 9%) e hipotiroidismo (27 vs. 14%).

Como era esperable, fueron en ellos menores los valores de hematocrito, natremia y albúmina, y mayores los de urea, creatinina y NT pro BNP. No hubo diferencia en los valores de troponina T.

La mediana de fracción de eyección (FE) ventricular izquierda fue 42 (30-55) %. En el 47% de los casos la FE fue $< 40\%$. En análisis multivariado se asociaron independientemente a IC la FE $< 40\%$, la fibrilación auricular crónica, el NT pro BNP y el hematocrito.

Los pacientes con IC tuvieron alta mortalidad (12 vs 2%) y mayor duración de internación (medianas de 5 vs 2 días). No hubo diferencias en la evolución entre los pacientes con FE por arriba o debajo de 40%.

CONCLUSIONES

Alta proporción de los ingresos a UC corresponden a IC. La IC se asocia a peor evolución hospitalaria. No hay diferencias entre los pacientes con FE preservada o deteriorada.

Disfunción renal en el ingreso a Unidad Coronaria: una entidad frecuente en pacientes comprometidos.

J. Thierer, D. Arakaki, M. Rivero, J. Guetta, C. Boissonnet, J. Fuselli. Unidad Coronaria, Sección Cardiología, CEMIC

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la función renal (DR) en el momento del ingreso a Unidad Coronaria (UC) ha sido señalado como un factor pronóstico adverso. Conocer las características de los pacientes que la presentan podría ayudar a establecer medidas adecuadas de prevención y tratamiento.

OBJETIVO

Definir la prevalencia, factores asociados y pronóstico de la DR en pacientes internados en UC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Registro prospectivo de pacientes internados en UC entre marzo y agosto de 2013. Se calculó la tasa de filtrado glomerular por fórmula MDRD (usando el valor de creatinina de ingreso), y se definió DR a un valor <60 ml/min/1.73m². Las variables cualitativas se expresan como porcentajes, las cuantitativas como mediana. Todas las diferencias presentadas son significativas, con valor de $p<0.05$

RESULTADOS

De 280 pacientes incluidos, 102 (36,4%) presentaban DR. En el 25% de los casos con DR la creatinina fue $<1,3$ mg%. Comparados con aquellos sin DR eran más añosos (79 vs. 67 años), con mayor prevalencia de hipertensión (84 vs. 60%), diabetes (32 vs. 12%) y antecedentes coronarios y de insuficiencia cardíaca. En ellos fue más frecuente la internación con insuficiencia cardíaca (50 vs 14%) y menos incidente la presentación con síndrome coronario agudo (15 vs. 45%).

La DR se asoció a valores más bajos de albúmina (4 vs. 4,2 g %), y más elevados de troponina T (47 vs. 27 pg/ml) y NT pro BNP (6300 vs 508 pg/ml). Si bien no fue predictor independiente de mortalidad o internación prolongada, su presencia señaló pacientes con mayor duración de internación (4 vs 2 días) y mortalidad hospitalaria (10,8 vs. 1,1%).

CONCLUSIONES

La DR se presenta en más de la tercera parte de los pacientes que ingresan a UC. Muchas veces no se la sospecha con el dato aislado de la creatininemia. Su presencia se asocia a peor evolución.

Características y evolución de los pacientes internados en Unidad Coronaria.

M. Rivero, J. Guetta, C. Boissonnet, J. Thierer, D. Arakaki, J. Fuselli. Unidad Coronaria, Sección Cardiología, CEMIC

INTRODUCCIÓN

Conocer el perfil de los pacientes (P) internados en Unidad Coronaria (UC) y su evolución es fundamental para definir las necesidades asistenciales y lograr mejores resultados.

OBJETIVO

Definir el perfil de los P internados en UC, causas de internación, patologías asociadas y evolución hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Registro prospectivo que recaba antecedentes, causa de internación, datos clínicos y de laboratorio al ingreso, y evolución. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes, las cuantitativas como mediana y rango intercuartilo.

RESULTADOS

Entre marzo y agosto de 2013 se internaron en UC 280 P, con edad 70(61-82) años, el 62% hombres. El motivo de ingreso fue síndrome coronario agudo en el 35%, insuficiencia cardíaca en el 27% y otro en el 37% restante. El 70% tenía antecedente de HTA y el 20% de diabetes; de enfermedad coronaria el 31%, de insuficiencia cardíaca el 26% y de valvulopatía el 16%. El 51% tenía diagnóstico previo de alguna comorbilidad significativa: 16% cáncer, 17% insuficiencia renal, 16% hipotiroidismo, 11% EPOC.

La TA sistólica y diastólica al ingreso fue 130 (120-145)/70 (64-80) mm Hg. La frecuencia cardíaca fue 75(65-90) lat/min. El 72% tenía ritmo sinusal. El hematocrito fue 38 (33-42); la natremia 139 (136-141) meq/l; la creatinina 1,03 (0,81-1,35) mg%. Se determinó troponina T ultrasensible en 261 pacientes, (elevada en el 77% de los casos) y NT pro BNP en 198 pacientes (elevado en el 76% de los casos). Se determinó la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en el 82%, con mediana de 55 (42-60) %.

La duración de internación fue 3 (1-5) días, y la mortalidad hospitalaria de 4,6%.

CONCLUSIONES

La población internada es añosa, con considerable tasa de antecedentes cardiológicos y comorbilidades. Los exámenes realizados, los tiempos de estadía y evolución de los pacientes son compatibles con los estándares de calidad universalmente reconocidos.