

## RESUMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES

### 1. Mortalidad, pronóstico, y respuesta inflamatoria sistémica en el paciente neutropénico febril. Regazzoni Carlos Javier<sup>1</sup>, Myburg Cristina Verónica<sup>1</sup>, Anger Vanesa<sup>2</sup>, Galvalisi Nazareno Ruben<sup>1</sup>, O'Donnell Javier, Sarquis Sergio Gabriel<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>5<sup>ta.</sup> y <sup>2</sup>4<sup>ta.</sup> Cátedra de Medicina. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

Interesa identificar factores de riesgo en el paciente neutropénico febril. Los estadíos del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) demostraron corresponderse con morbimortalidad progresivas y establecen pronóstico, pero no se estudiaron en neutropénicos. **Objetivos:** Calcular: 1-tasa de mortalidad de los episodios de neutropenia y fiebre; 2-riesgo de muerte para: Polimorfonucleares(PMN) de ingreso, edad, días de neutropenia, tumor, y hemocultivos positivos; 3-ocurrencia de los estadíos de SIRS y riesgo asociado de muerte. **Metodología:** Cohorte retrospectiva con las historias clínicas de una muestra consecutiva de pacientes oncológicos con neutropenia y fiebre en Clínica Médica y Terapia Intensiva durante 1998-1999. **Resultados:** de 86 episodios de neutropenia y fiebre se analizó el 91,8% (79/86), correspondientes a 62 pacientes. La mortalidad global fue 20,2% (16/79); asociada a leucemia activa 36,3% (4/11), y a tumores sólidos 17,6%(6/34) (RR: 2,06, IC 95%: 0,71-5,99). Para PMN de ingreso <500/mm<sup>3</sup> la mortalidad fue 25%, versus 0% para PMN de 500 a 1000/mm<sup>3</sup> (RR: 4; IC 95%: 0,57 - 27,96). La mortalidad no se modificó con hemocultivos positivos, la edad, o los días de neutropenia, pero aumentó progresivamente con el grado de SIRS: 0% para episodios febriles, 11,1% para SIRS3, 43,4% para SIRS4, y 90% para shock séptico. **Conclusión:** la mortalidad se modifica con el grado de SIRS.

### 2. La célula acinar pancreática sometida a estrés activa la expresión del gen de *tnf-α*. Vaccaro María Inés, Grasso Daniel, Ropolo Alejandro, Lanosa Gustavo.

Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Para elucidar si la célula acinar pancreática puede expresar TNF- $\alpha$  en respuesta al estrés, estudiamos la expresión del ARNm de TNF- $\alpha$ , utilizando hibridación *in situ* y Northern blot, en el páncreas sano y en dos modelos experimentales de pancreatitis aguda, ceruleína y lipopolisacárido (LPS). Un grupo de ratones Swiss macho que pesaron entre 20 y 25 g fue inyectado intraperitonealmente 7 veces con 50 mg de ceruleína/Kg de peso corporal con intervalos de una hora entre inyecciones. Otro grupo se inyectó 4 veces con 10 mg de LPS/Kg de peso corporal. Los ratones controles recibieron solución salina no pirógena estéril. Los animales se sacrificaron por decapitación y el páncreas fue extraído. En los especímenes de páncreas normal, la hibridación *in situ* con ARNc antisense marcado con digoxigenina específico para TNF- $\alpha$  fue negativa, mientras que una fuerte expresión se observó claramente alrededor del núcleo de la célula acinar en las dos pancreatitis experimentales. El control de la hibridación *in situ* se realizó con una sonda ARNc sense. La expresión detectada por hibridación *in situ* guarda relación con los niveles de ARNm mostrados en el análisis por Northern blot. El TNF- $\alpha$  apareció 30 minutos después de la primera inyección de ceruleína y tubo un pico máximo a las 6 horas. A este tiempo se observó un infiltrado moderado que princi-

palmente consistió en leucocitos polimorfonucleares, los que no mostraron señal para TNF- $\alpha$  en su citoplasma. Nuestros resultados indican que la célula acinar pancreática es la fuente de TNF- $\alpha$  durante la fase temprana de la pancreatitis aguda y sugieren que la expresión de esta citoquina no es constitutiva sino que forma parte de una respuesta general de la célula acinar contra la agresión.

### 3. Evolución del shock séptico en pacientes neutropénicos con cáncer. Cécilia Irrazábal, Carlos Regazzoni.

Instituto médico especializado Alexander Fleming.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia del shock séptico (SS), y la influencia de la neutropenia y del tipo de neoplasia en la evolución de los pacientes internados en una Terapia Intensiva (TI) oncológica durante un período de 4 años. **Diseño:** El diseño fue prospectivo y longitudinal. **Pacientes:** Ingresaron 453 pacientes: 6,84% (31/453) eran neutropénicos y 93,16% (422/453) no neutropénicos. El 12,36%(56/453) fueron neoplasias hematológicas y el 87,63% (397/453) sólidas. **Resultados:** Se diagnosticó SS en el 16,55%(75/453) de los pacientes. El SS fue más frecuente en los pacientes neutropénicos 80,64% (25/31) que en los no neutropénicos 11,84%(50/422) ( $p=0,0001$ ). Los pacientes neutropénicos con SS fueron más jóvenes que los no neutropénicos: 40,32 $\pm$ 10,51 vs. 52,20 $\pm$ 17,84 años ( $p=0,005$ ). No hubo diferencias significativas con relación al APACHE II y la mortalidad. Los pacientes con neoplasias hematológicas comparados con los pacientes con neoplasias sólidas tuvieron mayor frecuencia de SS: 58,91% (33/56) vs. 10,57% (42/397) ( $p=0,0001$ ); fueron más jóvenes: 42 $\pm$ 10,53 vs. 53,14 $\pm$ 18,44 años ( $p=0,003$ ) y tuvieron mayor frecuencia de neutropenia: 51,51%(17/33) vs. 19,04%(8/42) ( $p=0,007$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto al APACHE II y la mortalidad. **Conclusiones:** La evolución del shock séptico es independiente de la neutropenia y el tipo de neoplasia. La mayor frecuencia de SS en los pacientes neutropénicos se deba tal vez a dificultades en el diagnóstico precoz de infección.

### 4. Estenosis mitral y embarazo. Vázquez Blanco Manuel, Mieres Juan, Brito Viviana, Rodríguez Gabriela, Berensztein Sara, Fernández Héctor, Ruda Vega Hilda, Lerman Jorge.

Divisiones Cardiología y Obstetricia. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** Analizar nuestra experiencia en embarazadas con estenosis mitral (EM), determinar el conocimiento previo del diagnóstico, la clase funcional y el grado de obstrucción que preanuncia un curso adverso. **Material y métodos:** Evaluamos la evolución del embarazo(E) en 18 pacientes (p) consecutivas con EM, edad media de 33.4 $\pm$ 8.4 años. Ocho p tenían área valvular (AV)  $\leq$ 1cm<sup>2</sup> (Grupo I-GI) y 10 p un AV >1 cm<sup>2</sup> (Grupo II-GII). Analizamos: tipo de parto y eventos cardíacos durante el E, parto y puerperio, y en el recién nacido (RN) edad gestacional (EG), peso y Apgar (A). **Resultados:** Ocho p conocían previamente el diagnóstico, 3 del GI y 5 del GII ( $p=ns$ ). Quince p se encontraban asintomáticas y tres referían disnea. En el GI, una p no completó su E requiriendo legrado evacuador, las 7 restantes presentaron síntomas de insuficiencia cardíaca (IC), refractaria al tratamiento médico (TM), requiriendo valvuloplastia mitral con balón. En el GII, 2 p presentaron IC respondiendo al TM,

todas completaron su E sin otras complicaciones. Parto eutócico en 4 p del GI y 5 del GII ( $p=ns$ ). Una p del GI continúa satisfactoriamente su E. No hubo diferencias significativas en: peso  $2,9\pm 0,6$  kg. en el GI y  $2,8\pm 0,9$  kg. en el GII, EG:  $39,1\pm 1,3$  y  $37,7\pm 1,7$ , respectivamente, y A:  $7\pm 3$  en el GI y  $8,5\pm 1$  en el GII, del RN. **Conclusiones:** Las p con EM habitualmente están asintomáticas y frecuentemente desconocen su diagnóstico previamente al E. Un AV  $\leq 1$  cm<sup>2</sup> predice el desarrollo de síntomas durante la gestación y no responden al TM. Sin embargo el E, parto y puerperio puede seguir un curso favorable bajo un estricto control.

**5. Reactivación de enfermedad de Chagas en paciente inmunosuprimido por trasplante renal.** Di Fonzo Horacio, García María de los Angeles, Hryb Javier Pablo, Juárez María de los Angeles y Molinos Juan.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** presentar un caso clínico y revisar los conceptos actuales sobre enfermedad de Chagas e inmunosupresión. La enfermedad de Chagas en los inmunocomprometidos, se puede manifestar en forma aguda por una primoinfección o por reactivación de chagas indeterminado o crónico. Se presenta el caso de una paciente de 50 años oriunda de Misiones (Argentina). Antecedentes: trasplante renal en octubre de 1998, recibiendo gammaglobulina antilinfocítica, ciclosporina, azatioprina y metilprednisolona, en tratamiento por rechazo crónico; serología positiva para Chagas (previa al trasplante); nocardiosis pulmonar en febrero de 1999. Ingresó el 28 de marzo de 1999 por esofagitis por citomegalovirus. Laboratorio: hematócrito 29%; leucocitos 2600, 90% de neutrófilos; resto de los exámenes normales. Recibe ganciclovir por 14 días. Evolucionó con la aparición de lesiones cutáneas: placas hipercrómicas, induradas, no dolorosas en miembros inferiores. Se realiza biopsia que muestra amastigotes entre haces de colágeno y en el citoplasma de histiocitos dérmicos e hipodérmicos. Serología positiva para Chagas: hemoaglutinación 1/512, inmunofluorescencia indirecta reactiva. Strout y gota gruesa seriados negativos. Con diagnóstico presuntivo de reactivación de enfermedad de Chagas se inicia tratamiento con benznidazol por 30 días, evolucionando favorablemente. La inmunomarcación del material histopatológico confirmó el diagnóstico. Se presenta este caso por su baja frecuencia y el probable crecimiento futuro de la asociación entre enfermedad de Chagas e inmunodepresión.

**6. ¿Puede la Hipertensión de Corta Duración Producir Cambios Estructurales en las Cavidades Izquierdas?** Vázquez Blanco Manuel, Grosso Oscar, Ruda Vega Hilda, Robert Sara, Brito Viviana, Bellido Claudio, Rodríguez Gabriela, Berensztejn Sara.

*Divisiones Cardiología y Obstetricia. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Analizar los cambios en la estructura del ventrículo izquierdo (VI) en pacientes (p) con hipertensión inducida por el embarazo (HIE), y compararlos con embarazadas normales (EN). **Material y Métodos:** Se incluyeron 95 p con HIE (edad media:  $28,18\pm 7,13$  años), y 83 EN (edad media:  $30,12\pm 7,59$  años). Evaluamos la dimensión de aurícula izquierda (AI), raíz aórtica (RA) y en el ventrículo izquierdo (VI): diámetro diastólico (DDVI), sistólico (DSVI), grosor septal (GS), pared posterior (GPP), índice de masa del VI y grosor parietal relativo (GPR), mediante ecocardiogramas efectuados en el post-parto inmediato. En 60 p con HIE analizamos la geometría, comparándolas con 57 EN. Utilizamos los test de Student y Chi<sup>2</sup>. Se calculó el Odds ratio para geometría anormal en HIE. **Resultados:** Las p con HIE presentaron aumentos significativos del GS ( $9,98\pm 1,47$  vs  $8,96\pm 1,43$ mm), del GPP ( $9,28\pm 1,48$  vs  $8,55\pm 1,35$ mm), de la masa del VI ( $107,65\pm 27,84$  vs  $92,38\pm 17,99$  gramos/m<sup>2</sup>) y del GPR ( $0,406\pm 0,063$  vs  $0,377\pm 0,06$ ), en relación con EN. Los DDVI, DSVI, AI y RA no mostraron diferencias significativas. La geometría ventricular fue anormal en 32 p con HIE (53,3%), 16

(26,6%) presentaban hipertrofia excéntrica, 12 (20%) remodelado concéntrico y 4 (6,7%) hipertrofia concéntrica. **Conclusiones:** Las p con HIE, presentaron aumento del GS, GPP, masa y GPR del VI en relación a EN. La geometría ventricular fue diferente, siendo la hipertrofia excéntrica y el remodelamiento concéntrico los patrones más frecuentes.

**7. Evaluación del paciente con síncope.** Vázquez Blanco Manuel, Rodríguez Gabriela, Brito Viviana, Izarduy Lucas, Arroba Vicente, Romano Eduardo, Repetto Horacio, Lerman Jorge.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** El Síncope(S) es la pérdida súbita y fugaz de la conciencia y el tono postural, con recuperación espontánea y total, las etiologías pueden ser variadas. **Objetivo:** Analizar las causas de S en pacientes (p) internados por dicho diagnóstico en un hospital general. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma prospectiva 134 p que consultaron por S, entre julio de 1995 y octubre de 1999, 73 hombres y 61 mujeres, edad media:  $76,21\pm 9,95$  años (rango 40-94). Se realizó evaluación clínica y cardiovascular no invasiva en cada p, valorando al ingreso la existencia de hipotensión ortostática (HO) e hipersensibilidad de seno carotídeo (HSC), previa realización de ecografía doppler de los vasos de cuello. De resultar estas evaluaciones negativas se valoraba la existencia o no de cardiopatía estructural, procediéndose a la realización de tilt test (TT) cuando ésta no se hallaba presente, y de holter y estudio electrofisiológico (EEF) si la misma era diagnosticada. **Resultados:** Se realizó diagnóstico de la causa del S en 106 p (79,1%). Las causas fueron: arritmias en 47 p (44,3%), predominando las bradiarritmias y los trastornos de conducción (89,3%), permitiendo el electrocardiograma de ingreso su diagnóstico en el 42,5% de los casos. Se diagnosticó S por HSC en 17 p (16,03%), por HO en 14p (13,2%), neurocardiogénico en 8p (7,54%), vasovagal en 6p (5,66%), por estenosis aórtica severa en 5p (4,71%), medicamentoso en 5p (4,71%), y secundario a disautonomía o tromboembolismo de pulmón en 3p y 1p respectivamente (0,94%). **Conclusiones:** En nuestro estudio tuvimos un alto porcentaje de diagnóstico etiológico del S; las etiologías más frecuentes fueron las arritmias, seguida por la HSC y la HO.

**8. Displasia arritmogénica de ventrículo derecho (DAVD).** Repetto, H.; RUSAK, E.; Benassi, M.; Romano, E.; Lerman, J.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina*

DAVD es una rara enfermedad de origen aun no bien determinado que afecta primariamente al ventrículo derecho, caracterizándose por dilatación de dicha cámara con alteraciones en su pared libre la que se presenta atrofica, en ausencia de enfermedad valvular tricuspídea. El hecho de que esta enfermedad sea frecuentemente observada en miembros de una misma familia, sugiere una etiología genética con dominancia autosómica y variable grado de penetrancia. Más aun, algunas investigaciones identifican al gen responsable en el cromosoma 14q23-q24, en asociación con el cromosoma 1q42-q43. Otras etiologías a ser consideradas estarían relacionadas con procesos miocárdicos tóxicos o infecciosos que generarían una anormal respuesta inmunológica. Presentamos 7 pacientes con diagnóstico de DAVD y diferentes cuadros sintomáticos (1 con TV y muerte súbita, otro con TV y cardiodesfibrilador implantable y los restantes con tratamiento médico y diferentes grados de afectación clínica.) Los pacientes que sufren DAVD pueden permanecer asintomáticos por un período variable de tiempo, siendo el diagnóstico realizado muchas veces por la detección de un episodio de TV no sostenida durante un control de rutina. Histológica-mente, hay una atrofia progresiva con fibrosis y sustitución grasa del tejido miocárdico con una distribución irregular de las fibras miocárdicas lo cual caracteriza al sustrato anatómico para que se produzcan múltiple focos de reentrada ventricular. La radiología de tórax en sus co-

mienzos se muestra normal y con el progreso de la enfermedad se observa una significativa cardiomegalia. El ecocardiograma bidimensional es también normal en las etapas iniciales. El ECG muestra TVNS repetitiva con imagen de BRD y desviación del eje a la derecha.

Un avance importante en la detección temprana de DAVD es la introducción de técnicas de diagnóstico cardíaco como la Resonancia Nuclear Magnética con Gadolinio que muestra claras y bien definidas imágenes del adelgazamiento de la pared libre del ventrículo derecho. **CONCLUSIONES:** Los pacientes con DAVD tienen una evolución variable y algunos de ellos pueden mejorar los episodios arrítmicos con terapia con drogas tales como Verapamilo, Amiodarona o Sotalol. Sin embargo, cuando la terapia farmacológica no es satisfactoria, el tratamiento quirúrgico puede ser necesario. Algunos pacientes encuentran la solución a su enfermedad con una simple ventriculotomía en el foco de origen de la taquicardia o aislando porciones de la pared libre de VD. En estos pacientes se observa una progresiva dilatación del VD secundaria a la desconexión eléctrica conseguida con esta técnica.

#### 9. Evaluación del stent Gianturco Roubin II y Micro Stent en pequeños vasos. Fernández H., Barrera E., Sampó E., Lerman J.

*Laboratorio de Hemodinamia. División Cardiología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Determinar la seguridad y la eficacia de la colocación de stent en vasos menores o iguales a 2.5 mm. **Material y Métodos:** Hasta diciembre de 1999 se colocaron 26 stents en arterias de 2.5 mm. o menores. 19 hombres, 7 mujeres con una edad promedio de 71 +/- 12 años. 16 lesiones de novo, 5 lesiones tipo A, 16 lesiones tipo B1, 5 lesiones tipo B2. El tamaño del stent utilizado fue de 2.5 mm., se utilizaron 3 Micro Stent y 23 GR II. Todos fueron impactados a alta presión (14 atm) y antiagregados con aspirina y ticlopidina. No se utilizó anticoagulación sistémica por más de 24 hs. en ningún paciente. **Resultados:** Se obtuvo éxito angiográfico en el 96% de los casos (25 pac.) En el seguimiento a 2 años no se presentó muerte, IAM o necesidad de bypass. Fue necesario dilatar a 2 pacientes. Ningún paciente presentó trombosis subaguda del stent. **Conclusiones:** el stent GR II y el Micro Stent pueden ser utilizados en vasos de pequeño tamaño con seguridad y eficacia.

#### 10. Valvuloplastia mitral percutánea con balón de Inoue en embarazadas con estenosis mitral severa. Fernández H., Barrera E., Palacios A., Vázquez Blanco M., Ruda Vega H., Lerman J.

*Laboratorio de Hemodinamia. División Cardiología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Valorar la seguridad y efectividad de la valvuloplastia mitral percutánea (VMP) en pacientes embarazadas con estenosis mitral severa (EMS). **Material y Métodos:** El tratamiento de la EMS sintomática en el embarazo ha cambiado durante los últimos años. La VMP se ha convertido en el tratamiento de elección. En nuestro servicio se han realizado 3 VMP en pacientes embarazadas, encontrándose las 3 en insuficiencia cardíaca clase funcional III - IV. La pac. 1 de 32 semanas, la 2 de 35 semanas y la 3 de 32 semanas de edad gestacional, con un score ecocardiográfico de 5, 7 y 6 respectivamente. Todos los procedimientos fueron realizados con el balón de Inoue. **Resultados:** Se obtuvo un incremento del área valvular (0,90 a 1,74 cm<sup>2</sup> - 0,80 a 1,60 cm<sup>2</sup> - 0,80 a 1,80 cm<sup>2</sup>) y caída del gradiente transvalvular (20 a 2 mmHg - 16 a 4 mmHg - 30 a 12mmHg) inmediatamente después del procedimiento. No se observó comunicación interauricular ni exacerbación de insuficiencia mitral. El tiempo promedio de exposición a radiación fue de 6 minutos. Se utilizó protección materna abdominopélvica, control ecocardiográfico y monitoreo fetal intraprocedimiento. La

paciente 1 tuvo parto vaginal a las 39 semanas sin complicaciones, la 2 por cesárea, por indicación obstétrica, a las 40 semanas sin complicaciones y la 3 continúa su embarazo. **Conclusiones:** La VMP es un procedimiento efectivo y seguro para su utilización en pacientes embarazadas con EMS.

#### 11. Angioplastia trascatánea coronaria en el Hospital de Clínicas: experiencia global en 354 casos. Fernández H., Barrera E., Martínez Martínez J., Lerman J.

*Laboratorio de Hemodinamia. División Cardiología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Evaluar los resultados intrahospitalarios clínicos y angiográficos de los pacientes sometidos a una angioplastia trascatánea coronaria (ATC) con y sin stent (St). El éxito clínico hospitalario fue definido como el éxito angiográfico (lesión residual < 30%) sin complicaciones mayores (IAM, cirugía de revascularización miocárdica (CRM) o muerte). **Material y métodos:** Desde nov/95 a mar/00 fueron tratados 354 pac. consecutivos , a 164 (46%) se les colocó St. y a 190 (54%) se los dilató solo con balón. La edad promedio fue de 65,8 años (rango 31-88); 247 (69%) eran hombres y 107 (31%) mujeres. Los factores de riesgo coronario asociado fueron: hipertensión arterial 139 pac (39%), diabetes 40 pac. (11%), dislipidemia 121 pac. (34%) y tabaquismo 102 pac. (28%). Se trataron 432 vasos con 516 lesiones. Tronco de coronaria izquierda 2 (0,5%), descendente anterior 193 (54%), circunfleja 109 (30%), coronaria derecha 119 (33%), puentes venosos 9 (2,5%). El tipo de lesiones según la AHA/ACC fueron A 26 (5%), B1 211 (41%), B2 191 (37%) y C 88 (17%). De las 516 lesiones tratadas se les colocó St. a 216 (41,8 %). Los St. utilizados fueron: Palmaz Schatz 19, Gianturco Roubin II 76 , AVE 17 , Angiostent 27, Jostent 22, V Flex Plus 17 , Multilink 13, Crown 4 , NIR 3 , Wictor 8, Crossflex 4, Wallstent 2 , Freedom 2 y Visa Iris II 2. **Resultados:** Las ATC fueron exitosas en 338 pac. de los 354 tratados. El éxito primario fue del 95,4%. Cuatro pac (1,1%) tuvieron una trombosis aguda. Tres de los cuales fueron sometidos a una nueva ATC exitosa. Un pac. tuvo una trombosis subaguda. Ocho pac. (2,2%) presentaron un IAM no Q y 3 pac. (0,8%) un IAM Q. Dos pac. (0,5%) fallecieron, uno después de la CRM. Catorce pac. (3,9%) tuvieron complicaciones vasculares menores. Once pac. (3,1%) tuvieron hematoma en el sitio de punción, dos pac (0,5%) un hematoma retroperitoneal y un pac.(0,2%) un pseudoaneurisma que requirió reparación quirúrgica. **Conclusiones:** Estos resultados muestran que la tasa de éxito y la incidencia de episodios clínicos intrahospitalarios es compatible a la referida por la literatura.

#### 12. Incidencia de estenosis de arteria renal en pacientes hipertensos estudiados con cinecoronariografía. Fernández H., Barrera E., Rojas C., Lerman J.

*Laboratorio de Hemodinamia. División Cardiología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Evaluar la incidencia de estenosis de la arteria renal (EAR) en pac. con hipertensión arterial (HTA) enviados al laboratorio de hemodinamia para efectuar una cinecoronariografía (CCG). **Metodología:** A los pacientes con HTA enviados para efectuar una CCG por sospecha de enfermedad coronaria arterioesclerótica (EC) se les efectuó un aortograma para visualizar ambas arterias renales. Un catéter pig tail 6F se posicionó entre la 1ª y la 2ª vértebra lumbar inyectándose 20 cm<sup>3</sup> de sustancia de contraste en un seg. **Resultados:** Desde el 15/12/99 al 15/4/00 se realizaron 85 CCG, a 25 pac. (29,4%) se les efectuó un aortograma por su antecedente de HTA, 14 fueron hombres (56%) y 11 mujeres (44%). La edad promedio fue de 68 +/- 17 años. Diabetes(D) 3 pac. (12%), dislipidemia 11 pac. (44%), tabaquismo 12 pac. (48%). 17 pac. presentaron EC severa (68%). con lesión de 1 vaso en 4 pac., 2 vasos en 6 pac. y 3 vasos en 7 pac. En 6 pac. la EAR fue > del 60% (24%). En 3

pac. la estenosis fue unilateral y en 3 bilateral, con 2 lesiones de ostium, 6 de tercio prox. y 1 oclusión total. Relacionando EAR con ECA y D se obtiene:

Pacientes	N°	C/EAR	p
Con EC	17	(4) 23,5%	NS
Sin EC	8	(2) 25,0%	
C/D	3	(0) 0 %	NS
S/D	22	(6) 27,0%	

**Conclusiones:** (1) La EAR significativa (>60%) se encontró en el 24% de los pacientes hipertensos enviados para ccg. (2) La EAR no correlacionó con la severidad de la enfermedad coronaria ni con la diabetes. (3) Dada la alta incidencia de EAR en pac. con HTA enviados para CCG justifica efectuar arteriografía renal simultánea.

### 13. Resultados del tilt test en una población senil.

Romano E, Vázquez Blanco M, Repetto H, Freschi A, Rodríguez G, Britos V, Berensztein CS, Lerman J.

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

**Objetivo.** Establecer las características de la respuesta y riesgos del tilt test en una población senil > de 70 años. **Método.** Se estudiaron 42 pacientes (p), 24 hombres (H) y 18 mujeres (F) cuyas edades oscilaron entre 70 y 88 años. Tenían patología cardíaca previa (PAT) 12 H y 5 F (17 p). Las etiologías eran: hipertensión arterial (4H, 1F), coronarios (2H), valvulopatías (1F, con estenosis aórtica leve, 2 H, 1 con prolapso valvular mitral y el otro con estenosis aórtica leve), arritmias (2H, 2F) y marcapasos definitivo (2H, 1F). Se consideró positiva (+) 3 tipos de respuesta: 1) mixta, 2) cardioinhibitoria, 3) vasodresora. Se calculó el  $\chi^2$  y odds ratio (OR). **Resultados.** El tilt test fue + en 13 p (31%), con 11 respuestas tipo 3 (85%) y 1 respuesta respectivamente para el tipo 1 y 2.

	TEST+				TEST-			
	H	F	p	OR	H	F	p	OR
C/PAT	4	1	.01*	28*	5	2	.9	1.43
S/PAT	1	7			14	8		
	TEST+TEST-		p	OR				
	5 7		0.3	1.96				
	8 22							

En ningún p se produjo complicaciones.

**Conclusión.** 1) Un test + es más frecuente en el grupo de F; 2) no fue estadísticamente significativa la presencia o no de PAT previa para un test +, 3) el tipo de respuesta más frecuente fue el tipo 3 o vasodresora y 4) el tilt test pudo ser realizado sin complicaciones en nuestra población añosa.

### 14. Cambios en la estructura y función ventricular izquierda en embarazadas con hipertensión inducida por el embarazo.

Vázquez Blanco Manuel, Grosso Oscar, Pecoraro Carlos, Brito Viviana, Rodríguez Gabriela, Berensztein Sara, Ruda Vega Hilda, Lerman Jorge.

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

A diferencia de la hipertensión crónica, que produce cambios estructurales y en la función del ventrículo izquierdo (VI), la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es una forma transitoria de sobrecarga con efectos sobre el VI menos conocidos.

**Objetivo:** Evaluar la estructura y función del VI por Ecodoppler cardíaco en pacientes (p) con HIE comparadas con embarazadas normales (EN). **Métodos:** Se incluyeron en forma prospectiva, 21 consecutivas con HIE y 17 EN. **Se evaluó:** edad, índice de masa

corporal, frecuencia cardíaca (FC), índice de masa ventricular izquierda (IMVI), espesor parietal relativo (EPR), dimensiones diastólicas (DDVI) y sistólica (DSVI) del VI, fracción de eyección (FE), velocidad de la onda E (E) y de la A (A), relación E/A (E/A) y tiempo de relajación isovolumétrico (TRI).

**Resultados:** No hubo diferencias en edad, índice de masa corporal y FC entre ambos grupos. Catorce p con HIE tuvieron un patrón geométrico anormal, comparadas con 4 EN ( $\chi^2$ (Yates corregido)=5.39, p=<0.02).

	IMVI	EPR	DDVI	DSVI	FE	E	A	EA	TRI
HIE	111	0.40	48.5	29	58	0.8	0.64	1.3	108
EN	95	0.36	48	29.8	61	0.8	0.56	1.4	95
p	0.02	0.05	ns	ns	ns	ns	0.04	ns	0.05

**Conclusiones:** De acuerdo con nuestros datos, la HIE modifica la estructura y función diastólica del VI, mientras que la función sistólica no varía.

### 15. Tumores primarios de aurícula izquierda.

Rojas F., Vázquez Blanco M., Lerman.

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

**Introducción:** Si bien es sumamente infrecuente, el diagnóstico de tumores cardíacos debe considerarse en el diagnóstico diferencial frente a un paciente con sintomatología cardiovascular. La aurícula izquierda es la cavidad mas frecuentemente comprometida. **Objetivo:** Analizar la forma de presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución de los tumores cardíacos. **Materiales y Métodos:** Se analizaron un total de 9 pacientes (p), 7 mujeres y 2 hombres, internados en nuestro Hospital, entre 1978 y 1999, en quienes se efectuó el diagnóstico anatomopatológico de tumores cardíacos, edad media 55, 22+/-14,9 años (rango 30 a 74). Se analizaron presencia de síntomas y/o signos clínicos a la consulta, métodos de diagnóstico, tratamiento, resultado histopatológico, mortalidad hospitalaria y tardía. **Resultados:** Los síntomas iniciales fueron respiratorios (disnea y broncoespasmo) en 4 p (3 sarcomas y 1 mixomas), embólicos (déficit neurológico motor, síndrome extrapiramideal, déficit mnésico y un caso de amaurosis) en 4 p (todos mixomas) y arritmia supraventricular en 2 p (mixoma). La sospecha clínica motivó el estudio en 7 de 9 pacientes, en los p restantes fue un hallazgo. En todos los pacientes el ecocardiograma transtorácico orientó diagnóstico inicial de masa tumoral en aurícula izquierda, el ecocardiograma transesofágico confirmó este hallazgo. Todos los p fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, complementándose en uno con quimioterapia. Dos p sufrieron recidiva local y uno a distancia (sarcoma). El diagnóstico anatomopatológico fue: mixoma (6 p), leiomiomasarcoma (2 p), sarcoma altamente indiferenciado con componente hemangiopericitoides (1 p). Tres p fallecieron dentro de los 18 meses del diagnóstico, por recidiva tumoral, todos con diagnóstico de sarcoma. Los p con mixoma permanecen vivos hasta la fecha. **Conclusiones:** El tumor mas frecuentemente encontrado fue mixoma, presentándose en la mayoría de los casos como enfermedad embolígena, a diferencia de los tumores malignos que presentaron sintomatología respiratoria; el método diagnóstico preoperatorio fue el ecocardiograma. La evolución desfavorable se observó en los tumores malignos.

### 16. Utilidad de la ecocardiografía y del eco-doppler en la endomiocardiofibrosis.

Berensztein CS, Piñeiro D, Pinedo A, Marcotegui M, Brunoldi R, Vázquez Blanco M, Lerman J.

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

**Objetivos.** Demostrar la utilidad de la ecocardiografía (E) y del Eco-Doppler cardíaco (ED) en la endomiocardiofibrosis. **Métodos.** Estudiamos 10 pacientes (p), todas mujeres, con edades comprendidas entre los 27 y 58 años con endomiocardiofibrosis confirmada por cirugía y/o biopsia endomiocárdica. Ocho eran

biventricular y 2 eran formas izquierdas puras. **Resultados.** En 10 p, la E hizo el diagnóstico. En el E modo M, la imagen típica fue el signo de la raíz cuadrada en el septum y la pared posterior conjuntamente con "el signo de la almena" caracterizado por un ventrículo basal hipercontráctil que se opone a un ápex obliterado mientras que en el E bidimensional lo fue la inversión del tamaño normal de las cavidades del corazón con ventrículos obliterados por fibrotrombo y aurículas dilatadas. En 1 p, el fibrotrombo se limitó al ápex en una forma biventricular. En el resto, inicialmente ocupó el ápex pero luego, el fibrotrombo comprometió el músculo papilar posterior tironeando hacia abajo la valva posterior y generando regurgitación tricuspídea y/o mitral de leve a moderada. El fibrotrombo no alteró la motilidad del miocardio subyacente. Dentro del material fibrótico existían zonas hipoecoicas e hiperdensas. En todos los p se visualizaron diferentes grados de derrame pericárdico. En el Ed se comprobó una patente restrictiva atrioventricular (en las biventriculares) con un menor tiempo de desaceleración en el lado tricuspídeo con la inspiración pero con escaso cambio de velocidades durante el ciclo respiratorio que lo diferencia de la pericarditis constrictiva. En las venas pulmonares se demostró una onda diastólica D importante y una onda A reversa amplia debida a un incremento de la presión de fin de diástole ventricular izquierda sin cambios durante el ciclo respiratorio. En las venas hepáticas se visualizó una onda diastólica anterógrada profunda a lo largo del ciclo respiratorio y un marcado incremento y adelantamiento de la onda A retrógrada con la inspiración. **Conclusiones.** Se describen los signos diagnósticos característicos en modo M y bidimensional y las patentes del ED típicas de los p con endomiocardiofibrosis.

#### 17. Familia con QT largo congénito sintomático. Dispersión del QT. Romano E, Rivas S, Repetto H, Benassi M, Berensztein CS, Piñeiro D, Lerman J.

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

**Objetivo:** Dada la escasa literatura existente sobre el valor de la dispersión del QT en el síndrome del QT largo congénito (QTPC) se realizó este estudio en una población con algunos portadores de QTPC de una misma familia. **Métodos:** Se estudiaron 7 pacientes (p), 3 hombres (H) y 4 mujeres (M) cuyas edades oscilaron entre 7 y 68 años. Dos padecían QTPC con síncope recurrentes (1H de 10 años y 1 M de 7 años). Se calculó el QT y el QTC de acuerdo a la fórmula de Bazet y la DQT como la diferencia del QT máximo y el QT mínimo con ECG simultáneo de 12 derivaciones. Se consideró anormal un DQT > de 0.06 seg. **Resultados:**

VALORES		
QT máximo	0.52-0.42	
Qt mínimo	0.49-0.34	
DQT	0.04-0.17	Anormal en 100% de H y en 3 p sanos. En 1 con QTPC.
DQT congénito	0.04-0.17	

**Conclusión:** 1) Se observó una tendencia a mayor DQT con sexo masculino y 2) la DQT puede ser anormal en pacientes sanos.

#### 18. Valor del Test de Electrocardiograma-Dobutamina en Predecir los Resultados de la Ergometría en Mujeres con Infarto Agudo de Miocardio. Rodríguez G., Lakowsky A., Swieszkowski S., Ber M., Brito V., Irazola V., Sampó E., Pérez de la Hoz R., Martínez Martínez J.

Unidad Coronaria. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** 1) Determinar la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) del test de elec-

trocardiograma-dobutamina (TDE) en mujeres con infarto agudo de miocardio (IAM) pre-alta para predecir los resultados del test de ejercicio (PEG). 2) Determinar la concordancia entre ambos métodos. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron 40 mujeres consecutivas, edad media  $63.82 \pm 10.79$  (34-82) años con diagnóstico de IAM, realizándose TDE (dosis máxima de 40 gamas/kg/min) al 5º día, y PEG al 6º día. Se consideraron indicadores de isquemia: alteraciones del ST y/o angor, se analizó la frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial sistólica (TAS) y doble producto (DP) máximos en ambos test. Se utilizó el test de T y el test exacto de Fisher para la comparación. **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en la FC, TAS y DP entre ambos test. El TDE predijo los resultados de la PEG con una S:90.9% (IC95% 57-99.5), E:68.96% (IC95% 49-84), VPP:52.6 (IC95% 29.5-74.8), y VPN:95.2 (IC95% 74.12-99.75); concordancia global de 0.75 con la PEG ( $\kappa$ :0.50, IC95% 0.24-0.73). **Conclusión:** El TDE realizado en mujeres posterior al IAM tuvo adecuada S y E, con un alto VPN, con respecto a los resultados de la PEG y adecuado grado de concordancia.

#### 19. La evolución del embarazo en pacientes con cardiopatía obstructiva. Vázquez Blanco Manuel, Grosso Oscar, Rodríguez Gabriela, Brito Viviana, Zelaya Bernardo, Ruda Vega Hilda, Lerman Jorge.

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

**Introducción:** La presencia de cardiopatía obstructiva (CO) en embarazadas se ha relacionado con un incremento de la morbi-mortalidad materno fetal. **Objetivo:** Comparar en forma retrospectiva la evolución del embarazo, parto y puerperio entre pacientes (p) con cardiopatía obstructiva moderada a severa (Grupo I, GI) y embarazadas sin cardiopatía estructural (Grupo II, GII) **Material y Métodos:** Se incluyeron 15 p. en el GI, y 54 en el GII. Se analizaron las siguientes variables en ambos grupos: edad, días de internación (DI), desarrollo de complicaciones mayores (CM) durante el embarazo, parto y puerperio. Así como la edad gestacional (EG), peso (P) y Apgar (A) de los recién nacidos. **Resultados:** En el grupo I, 10 p. tenían obstrucción a nivel del tracto de salida del ventrículo izquierdo, y 5 del ventrículo derecho. La edad media en este grupo fue  $25 \pm 8$  años, y de  $25.6 \pm 7.5$  para el grupo de pacientes sin cardiopatía estructural ( $p=0.8$ ). El promedio de DI fue  $31.7 \pm 28$  en el GI y  $4 \pm 2$  en el GII ( $p=0.0001$ ), una p. del GI desarrollo insuficiencia cardíaca como CM. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en relación al tipo de parto, P, A, y EG de los neonatos. **Conclusiones:** En nuestro estudio el embarazo en pacientes con CO fue posible con una baja incidencia de complicaciones materno-fetales.

#### 20. Evaluación Pre-Alta de Pacientes con Angina Inestable. Correlación del Test ECG-Dobutamina con los Resultados de la Cinecoronariografía. Ber Marcos Gabriel, Irazola Vilma, Lakowsky Alejandro, Swieszkowski Sandra, Barrera Eduardo, Sampó Eduardo, Pérez de la Hoz Ricardo, Martínez Martínez José.

División Unidad Coronaria. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** establecer grado de acuerdo global entre el test de ECG-Dobutamina (TDE) y la cinecoronariografía (CCG) en la evaluación pre-alta en pacientes (p) con angina inestable (AI). Calcular sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para lesión de 1, 2 y 3 vasos o tronco de la coronaria izquierda. **Material y método:** 84 p consecutivos, de bajo o moderado riesgo, con diagnóstico de AI, fueron estratificados al alta con TDE, y CCG. Fueron excluidos los p que presentaron alteraciones basales del electrocardiograma. Se considero CCG positiva si presentaba estenosis igual o mayor al 70% en alguna arteria coronaria. Análisis estadístico: se realizaron cálculos de S, E, VPP y VPN, intervalos de confianza del 95% y grado de concordancia para la com-

paración global y de 1, 2 y 3 vasos. **Resultados:** la muestra analizada tuvo una edad promedio de 62,9+/-8,6 años; 58 varones (69%) y 26 mujeres (31%). Tuvieron TDE y CCG positivas 28 p (33,3%) y 21 p tuvieron TDE y CCG negativas (25%); el grado de concordancia global fue del 58,3%. El TDE predijo el resultado de la CCG con una S del 62,2% y una E del 53,8%. El VPP fue del 60,8% y el VPN fue del 55,2%. Para lesión de 1 vaso: S=66,6%, E=52,6%, VPP=40% y VPN=76,9%. Para lesión de 2 vasos: S=63,1%, E=46,4%, VPP=28,5%, VPN=78,7%. Para lesión de 3 vasos o tronco: S=92,8%, E=44%, VPP=23,6%, VPN=97%. **Conclusiones:** la alta S y el alto VPN del TDE permitirían descartar lesiones extensas de 3 vasos o tronco en pacientes con moderado o bajo riesgo isquémico clínico con limitaciones para realizar test evocadores de isquemia con ejercicio.

**21. Prevalencia de aparición de Onda U durante un test de apremio post infarto agudo de miocardio. Su relación con lesiones angiográficas y eventos clínicos intrahospitalarios.** Pizzella Mariana, Lakowsky Alejandro, Swieszkowski Sandra, Ber Marcos, Brito Viviana, Rodríguez Gabriela, Irazola Vilma, Sampó Eduardo, Pérez de la Hoz Ricardo, Martínez Martínez José.

*División Unidad Coronaria. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

La aparición de Onda U durante la ergometría ha sido descrita como asociada a mayor severidad de enfermedad coronaria, y a compromiso de arterias descendente anterior y circumfleja., aunque existen reportes contradictorios en este sentido. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de aparición de Onda U durante un test electrocardiográfico con dobutamina (TDE), correlacionarlo con la cinecoronariografía y eventos clínicos intrahospitalarios. **Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente 100 pacientes consecutivos, posinfarto sometidos al TDE entre el 4to y 5to día. El TDE consiste en infusiones crecientes de dobutamina desde 10 a 40 g/kg/min, con controles clínico y electrocardiográfico luego de cada etapa y en la recuperación. Se definió como aparición de Onda U al hallazgo de una deflexión positiva  $\geq 0,1$  mV en 2 o más derivaciones contiguas. **Resultados:** Se observó aparición de Onda U en 59 pacientes (55% en infartos anteriores, 64% en infartos inferiores). Analizando las variables demográficas, la dislipidemia se asoció a mayor prevalencia de Onda U ( $p=0,03$ ). La cinecoronariografía no mostró diferencias en severidad, localización de lesiones coronarias, ni función ventricular. Tampoco hubo diferencias entre los eventos intrahospitalarios (angor posinfarto, reinfarto, insuficiencia cardíaca, revascularizaciones, muerte), ni en los eventos combinados (angina posinfarto, reinfarto, muerte)  $p=ns$ . **Conclusiones:** La aparición de Onda U no tuvo correlación angiográfica ni con la evolución intrahospitalaria.

**22. Distensibilidad arterial y excreción urinaria de albúmina en la hipertensión esencial.** CA Bellido, JE Toblli, M Costa, OR Iavicoli, P Forcada, DJ Piñeiro, ST Vázquez, J Lerman.

*División Cardiología. Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA, Buenos Aires, Argentina y Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.*

**Objetivo:** La velocidad de la onda del pulso (V.O.P.) es un parámetro extensamente utilizado como índice de la distensibilidad arterial (DA). Por otra parte, la excreción urinaria de albúmina (E.U.A.) se ha sugerido como predictora precoz de mortalidad en la hipertensión esencial. El propósito de este estudio fue determinar la relación entre la E.U.A. y la V.O.P. como también el efecto de un inhibidor de la E.C.A. sobre ambos parámetros. **Población y métodos:** Fueron estudiados 40 pacientes hipertensos no tratados (16 varones y 24 mujeres) con edades entre 35 y 69 años (media 53  $\pm$  7). En todos se determinó la V.O.P. basal por medio de un sistema computarizado (COMPLIORÓ) y la E.U.A. por inmunodifusión radial en muestras duplicadas. Ambos estudios se repitieron a los seis meses bajo tratamiento con Perindopril (4.2  $\pm$  2.5 mg/día). **Resultados:**

Media $\pm$ D.S.	Basal	6 meses	Test Mann-Whitney
I.M.C. (Kg/m <sup>2</sup> )	25.4 $\pm$ 1.2	25 $\pm$ 1.3	$p=ns$
P.A.S. (mmHg)	159.5 $\pm$ 11.1	132 $\pm$ 6.8	$p<0.01$
P.A.D. (mmHg)	100.8 $\pm$ 5	81.7 $\pm$ 4.7	$p<0.01$
V.O.P. (m/seg)	13.1 $\pm$ 1	9.2 $\pm$ 0.9	$p<0.01$
Creatinina (mg/dl)	1.07 $\pm$ 0.16	0.89 $\pm$ 0.11	$p<0.01$
E.U.A. (mg/24h)	24.7 $\pm$ 6.4	10.8 $\pm$ 3.3	$p<0.01$

Se halló correlación positiva (Spearman) entre la V.O.P. y la E.U.A. tanto basal ( $r=0.7981$ ;  $p<0.001$ ) como al 6º mes ( $r=0.7392$ ;  $p<0.001$ ). Además las diferencias, D (6º mes-basal) V.O.P. vs E.U.A. mostraron también alta correlación ( $r=0.6407$ ;  $p<0.001$ ).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que los cambios en la distensibilidad arterial tienen positiva y elevada correlación con la E.U.A. en la hipertensión esencial y que la inhibición de la E.C.A. parece modificar ambos parámetros en forma paralela.

**23. Edad y sexo influyen la resistencia a la insulina/hiperinsulinemia y el ritmo circadiano de la presión arterial en hipertensos no obesos.** Akopian M, Olivieri AO, Cauterucci S, Chavin HM, Renauld A, Garrido D, Feldstein CA.

*Programa Hipertensión Arterial, Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA, Buenos Aires, Argentina y Fundación H.A. Barceló, Buenos Aires, Argentina.*

En un estudio previo, observamos que la hipertensión y el sobrepeso tienen efectos aditivos aumentando la insulinemia y que en los hipertensos con sobrepeso hay menor descenso de la presión arterial durante el reposo nocturno (Feldstein CA et al, J of Cardiovasc Risk 1998; 5: 25-30). Los objetivos del presente estudio fueron determinar los valores de presión arterial casual y ambulatoria de 24 hs. en hipertensos esenciales no obesos, de distintos grupos etáreos y de ambos sexos, su relación con la insulinemia en ayunas y durante la prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG) y, con el perfil lipídico sérico, a fin de determinar la influencia de la edad y del sexo sobre esas variables. Se incluyeron 22 varones con edades entre 46 y 67 años (56,9 $\pm$ SD 6,3 años); grupo 1; 15 varones, entre 19 y 41 años (30,4 $\pm$ 8 años); grupo 2; y 24 mujeres menopáusicas entre 45 y 70 años (57,2 $\pm$ 6,7 años); grupo 3. Todos los pacientes fueron asistidos ambulatoriamente, efectuándose las determinaciones de peso, altura, circunferencias de cintura y cadera, presión arterial en posición sentada, y monitoreo ambulatorio de 24 hs. de presión arterial. Se determinó la glucemia e insulinemia en ayunas y durante una POTG; colesterol total, colesterol-HDL y triglicéridos. En cada grupo se determinó el perfil circadiano de la presión arterial. En el grupo 1 la relación cintura/cadera fue mayor que en el grupo 2 y el 3 (0,928  $\pm$  0,064 vs 0,863  $\pm$  0,065 y 0,81  $\pm$  0,048, ambos  $P<0.01$ ). En el grupo 2 el comportamiento non dipper fue mas frecuente que en los grupos 1 y 3 (73,3% versus 41,9% y 42,1%, en ambos  $P<0.05$ ). No hubo diferencias significativas entre los tres grupos en BMI, colesterol total, colesterol-HDL, colesterol total/colesterol HDL, triglicéridos, insulinemia en ayunas y pulso de 24 hs. Las derivadas de áreas debajo de la curva de insulinemia del grupo 1 fueron significativamente superiores a las del grupo 2 y 3 (76.3 $\pm$  47.8 vs 47,5 $\pm$ 25 mg/ml y 51 $\pm$ 35.5 mg/ml, en ambos  $P<0.05$ ) y de la relación insulina:glucemia del grupo 1 que la del grupo 2 (1.95 $\pm$  2.11 vs 0,95 $\pm$  0,55;  $P<0.05$ ). En conclusión, en varones jóvenes con hipertensión esencial es mas frecuente el comportamiento no dipper, que se relaciona con un riesgo mayor de complicaciones cardiovasculares, mientras que la resistencia a la insulina se incrementa con la edad y es mayor en el sexo masculino.

**24. Los Hipertensos con "Efecto de Guardapolvo Blanco" Tienen Mayor Variabilidad de la Presión Arterial.** Bellido C, Iavicoli O, Pittaluga E, Sanz A, Vázquez S, Blanco E, Berensztein S, Lerman J, Piñeiro D.

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

**Objetivo:** Comparar la variabilidad de la presión arterial (PA) en pacientes hipertensos (HT) sin (GB -) y con efecto de guardapolvo blanco (GB +). **Métodos:** Se estudiaron 138 HT estadios I-II (JNC-V), 68 varones, con edades entre 21 y 73 ( $51 \pm 12$ ) años, 67 sin y 71 con tratamiento. En todos los pacientes se efectuó monitoreo de la PA sistólica (S) y diastólica (D) de 24 h. El efecto de guardapolvo blanco se definió como la diferencia entre la presión del consultorio (PC) y la media del período ambulatorio diurno de por lo menos 20 mmHg para la sistólica y 10 mmHg para la diastólica. La variabilidad (var) de la PA se expresó como  $DS/mediana \times 1000$ . El estudio estadístico se efectuó con los test de Student y  $\chi^2$ . **Resultados:**

	HT no tratados		HT tratados	
	GB -	GB +	GB -	GB +
n (%)	48 (72)	19 (28)	51 (72)	20 (28)
Varones (%)	23 (48)	5 (26)	35 (69)	5 (25)*
Edad (años)	48 $\pm$ 12	48 $\pm$ 12	53 $\pm$ 11	56 $\pm$ 12
PCs (mm Hg)	146 $\pm$ 16	162 $\pm$ 13*	148 $\pm$ 16	163 $\pm$ 16*
PCd (mm Hg)	92 $\pm$ 9	99 $\pm$ 6*	93 $\pm$ 9	100 $\pm$ 9*
24-h PAS (mm Hg)	135 $\pm$ 16	123 $\pm$ 17*	141 $\pm$ 17	122 $\pm$ 14*
24-h PAS var	133 $\pm$ 42	156 $\pm$ 72	152 $\pm$ 47	152 $\pm$ 28
24-h PAD (mm Hg)	82 $\pm$ 9	76 $\pm$ 36*	86 $\pm$ 7	78 $\pm$ 9*
24-h PAD var	155 $\pm$ 49	194 $\pm$ 77**	155 $\pm$ 37	187 $\pm$ 40*

\* p < 0.01 vs GB -, \*\* p < 0.05 vs GB -

**Conclusiones:** Los HT con efecto de guardapolvo blanco, tanto tratados como sin tratamiento, tienen valores menores de PA pero mayor variabilidad de la misma.

## 25. Los Hipertensos con Diferentes Geometrías del Ventrículo Izquierdo Tienen Distintas Cargas Vasculares pero Similar Acoplamiento Ventrículo-Arterial.

Bellido C, Iavicoli O, Pittaluga E, Vázquez S, Pérez I, Berensztein C, Lerman J, Piñeiro D.

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

La elastancia arterial efectiva ( $E_a$ ) permitiría estimar la impedancia aórtica y la relación  $E_a$ /elastancia de fin de sístole del VI ( $E_a/E_{fs}$ ) el acoplamiento ventrículo-arterial. **Objetivos.** Comparar la  $E_a$ , el índice de  $E_a$  ( $E_{aI}$ ), la elastancia de fin de sístole del VI ( $E_{fs}$ ), el índice de  $E_{fs}$  ( $E_{fsI}$ ) y la relación  $E_a/E_{fs}$  en hipertensos sin tratamiento con diferentes geometrías del VI. **Métodos.** Se estudiaron 139 hipertensos (JNC VI) sin tratamiento (92 mujeres) de 52 $\pm$ 15 años, con eco-2D. Se clasificaron las geometrías del VI en: geometría normal (GN), remodelación concéntrica (RC), hipertrofia excéntrica (HE) e hipertrofia concéntrica (HC). Se calcularon  $E_a$ ,  $E_{aI}$ ,  $E_{fs}$ ,  $E_{fsI}$  y  $E_a/E_{fs}$ . **Resultados.**

	GN	RC	HC	HE
N	52	14	41	32
$E_a$ (mmHg/ml)	1.28 $\pm$ .34 <sup>a</sup>	1.57 $\pm$ .32 <sup>b</sup>	1.28 $\pm$ .35 <sup>c</sup>	.97 $\pm$ .26 <sup>a,b,c</sup>
$E_{aI}$ (mmHg/ml/m <sup>2</sup> )	2.20 $\pm$ .38 <sup>d,e</sup>	2.81 $\pm$ .55 <sup>d,f,g</sup>	2.24 $\pm$ .49 <sup>f</sup>	1.69 $\pm$ .37 <sup>e,g</sup>
$E_{fs}$ (mmHg/ml)	6.05 $\pm$ 4.11	7.33 $\pm$ 2.59	5.60 $\pm$ 3.48	4.51 $\pm$ 7.75
$E_{fsI}$ (mmHg/ml/m <sup>2</sup> )	10.27 $\pm$ 6.53	13.15 $\pm$ 5.00	9.77 $\pm$ 5.67	7.75 $\pm$ 7.52
$E_a/E_{fs}$	.25 $\pm$ .11	.23 $\pm$ .06	.29 $\pm$ .14	.30 $\pm$ .14

a,b,c,d,e,f,g: p < .05

**Conclusiones.** Los pacientes hipertensos con diferentes geometrías del VI presentan distintas cargas vasculares pero similar acoplamiento ventrículo-arterial.

## 26. Geometría Ventricular y Función Cardiovascular en Hipertensos.

Bellido C, Iavicoli O, Ber M, Sanz A, Berensztein S, Lerman J, Piñeiro D.

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

**Objetivos.** Evaluar la función cardiovascular en hipertensos con diferente geometría ventricular [geometría normal (GN), remodelación concéntrica (RC), hipertrofia excéntrica (HE) e hipertrofia concéntrica (HC)]. **Métodos.** Se estudiaron 139 hipertensos (JNC VI) sin tratamiento, con eco-2D. Se calcularon el índice de masa del VI (IMVI), el grosor parietal relativo (GPR), el índice cardíaco (IC), la fracción de acortamiento endocárdica y mesoparietal predichas para el estrés de fin de sístole (FAE% Y FAM%), la resistencia periférica (RP), el índice de elastancia vascular ( $E_{aI}$ ) y relación elastancia vascular / elastancia de fin de sístole del VI ( $E_{aI}/E_{fs}$ ). **Resultados.** Se exponen los parámetros con diferencias significativas:

	GN	RC	HC	HE
n (%)	52 (37)	14 (10)	41 (29)	32 (23)
Mujeres (n,%)	38 (73)	7 (50)	26 (63)	20 (62)
Edad (años)	46 $\pm$ 14 a	51 $\pm$ 17	60 $\pm$ 12 a	51 $\pm$ 14
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	24 $\pm$ 3 a	25 $\pm$ 5	28 $\pm$ 5 a	27 $\pm$ 4
TAS (mmHg)	152 $\pm$ 13 a	150 $\pm$ 18	161 $\pm$ 19 a	156 $\pm$ 16
TAD (mmHg)	96 $\pm$ 7	92 $\pm$ 9	98 $\pm$ 8	98 $\pm$ 8
IMVI (g/m <sup>2</sup> )	37 $\pm$ 7 a,b	42 $\pm$ 5 c,d	70 $\pm$ 17 a,c	62 $\pm$ 16 b,d
GPR	.36 $\pm$ .05 a,b	.49 $\pm$ .04 a,c	.51 $\pm$ .07 b,d	.40 $\pm$ .03 c,d
IC (ml/min)	3894 $\pm$ 1077	2861 $\pm$ 534	3867 $\pm$ 1045	5057 $\pm$ 1154
RP (dyn/cm seg <sup>-5</sup> )	1440 $\pm$ 416	1780 $\pm$ 377	1470 $\pm$ 446	1094 $\pm$ 319
$E_{aI}$ (mmHg/ml/m <sup>2</sup> )	2.2 $\pm$ .4 a,b	2.8 $\pm$ .5 c,d	2.2 $\pm$ .5 a,c,e	1.7 $\pm$ .4 b,d,e

a,b,c,d,e: p < .05

**Conclusiones.** Los hipertensos con diferente geometría del VI presentan diferentes parámetros de función cardiovascular.

## 27. Los Hipertensos Obesos presentan Anatomía y Función Cardiovascular Diferentes.

Bellido C, Iavicoli O, Luis F, Lanosa G, Berensztein S, Lerman J, Piñeiro D.

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

**Objetivos.** Evaluar la anatomía y la función cardiovascular en hipertensos (H) obesos. **Métodos.** Se estudiaron 83 H (JNC VI) sin tratamiento, con eco-2D. Se calcularon el índice de masa del VI (IMVI), el grosor parietal relativo (GPR), el índice cardíaco (IC), la fracción de acortamiento endocárdica y mesoparietal predichas para el estrés de fin de sístole circunferencial (FAE% Y FAM%), la resistencia periférica (RP), índice de elastancia vascular efectiva ( $E_{aI}$ ) y relación elastancia vascular efectiva / elastancia de fin de sístole del ventrículo izquierdo ( $E_{aI}/E_{fs}$ ). Se consideró obesidad un índice de masa corporal (IMC)  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>. **Resultados.**

	No obesos	Obesos	P
n (%)	67 (81)	16 (19)	-
Sexo femenino (n,%)	40 (60)	12 (75)	NS
Edad (años)	55 $\pm$ 14	56 $\pm$ 10	NS
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	24.04 $\pm$ 2.69	32.50 $\pm$ 3.95	<.000001
TAS (mmHg)	160 $\pm$ 18	154 $\pm$ 10	NS
TAD (mmHg)	97 $\pm$ 8	98 $\pm$ 8	NS
IMVI (g/m <sup>2</sup> )	54 $\pm$ 21	66 $\pm$ 23	<.05
GPR	0.41 $\pm$ 0.07	0.49 $\pm$ 0.11	<.01
IC (ml/min)	4381 $\pm$ 1264	3862 $\pm$ 1251	NS
FAE (%)	102 $\pm$ 12	99 $\pm$ 13	NS
FAM (%)	102 $\pm$ 27	96 $\pm$ 22	NS
RP (dyn/cm seg <sup>-5</sup> )	1330 $\pm$ 397	1389 $\pm$ 475	NS
$E_{aI}$ (mmHg/ml/m <sup>2</sup> )	2.02 $\pm$ .51	2.36 $\pm$ .69	<.05
$E_{aI}/E_{fs}$	0.28 $\pm$ .14	0.25 $\pm$ .13	NS

**Conclusiones.** Los H obesos presentan mayor IMVI, GPR y carga vascular expresada por aumento de la  $E_{aI}$ .

**28. Stress mental y reactividad cardiovascular.** Jorge R. Echeverría.

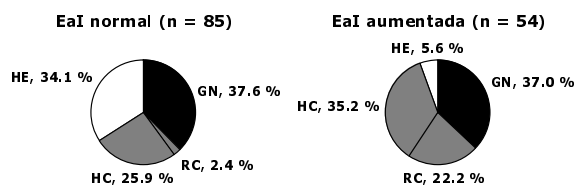
Centro Cardiológico Integral. Clínica Alvear. San Nicolás. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** Evaluar el grado de reactividad hemodinámica del paciente ante pruebas regladas que simulan stressores mentales para determinar qué tipo de reactor es. Son pruebas sencillas, fáciles de realizar y económicas, en una primera etapa de trabajo. **Método:** Materiales utilizados: juego electrónico, juego de «hand grip», camilla basculante, tensiómetro, electrocardiógrafo, balde con hielo, agua, sillón, Holter dos canales, presurómetro. Se determinan: frecuencia cardíaca y presión arterial (sistólica y diastólica) en cada prueba. 1) Paciente en condiciones basales 2) Tilt Test (adaptación neurocirculatoria) 3) Hiperventilación (depresión del tráfico eferente simpático) 4) Valsalva (disminución de precarga) 5) Hand Grip (esfuerzo isométrico manual) 6) Cold Pressor Test (actividad adrenérgica vasoconstrictora) 7) Cálculo matemático y vídeo juego (Actividad Beta Adrenérgica) 8) Ergometría a baja carga (Actividad Beta Adrenérgica). **Datos:** En un sistema de coordenadas se llevan los resultados quedando trazadas tres tipos de curvas, que identifican al paciente como «reactor frío», o «reactor caliente» (pudiendo ser este último reactor «de débito», «vasoconstrictivo» o «combinado»). **Conclusiones:** El trabajo se realizó sobre cuarenta (40) pacientes de distinto índice de masa corporal y sexo, diferente perfil psicológico y patologías varias (especialmente Hipertensión arterial, Cardiopatía isquémica, Trastornos autonómicos). Las pruebas de mayor positividad son las que corresponden a la estimulación del tono autonómico simpático y que conforman al «reactor caliente» (de débito). La característica de la curva indica la terapia a ser utilizada en cada paciente.

**29. La Remodelación Concéntrica es más Frecuente en los Hipertensos con Aumento de la Carga Vascular.** Bellido C, Iavicoli O, Grosso O, Berensztein S, Lerman J, Piñeiro D.

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

**Objetivos.** Evaluar la geometría ventricular en hipertensos con índice de elastancia arterial ( $E_aI$ ) normal (<2.26 mmHg/ml/m<sup>2</sup>) o aumentada. **Métodos.** Se estudiaron 139 hipertensos (92 mujeres) de 52±15 años, con eco-2D. Se clasificaron las geometrías en: normal (GN), remodelación concéntrica (RC), hipertrofia excéntrica (HE) e hipertrofia concéntrica (HC). **Resultados.**



p < .05 para RC e HE entre  $E_aI$  normal y  $E_aI$  aumentada

	GN	RC	HC	HE
$E_{aI}$ (mmHg/ml/m <sup>2</sup> )	2.20±.50 <sup>a</sup>	2.80±.55 <sup>a,b,c</sup>	2.23±.49 <sup>b,d</sup>	1.69±.37 <sup>c,d</sup>

<sup>a,b,c,d</sup>: p < .05

**Conclusiones.** La RC es más frecuente en los pacientes hipertensos con aumento de  $E_aI$  y la HE en aquellos con  $E_aI$  normal. La RC presenta mayor  $E_aI$  que cualquier otra geometría del VI y la HC mayor  $E_aI$  que la HE.

**30. Hiperhidrosis craneofacial primaria tratamiento quirúrgico.** Joaquín García-Morato<sup>1</sup>, Cesario Beltrán, Alejandro Newton, Eduardo Arribalza y Juan J. Mezzadri.

<sup>1</sup> Cirujano Torácico. Coordinador Centro Universitario de Cirugía Experimental. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de la simpatectomía videotoroscópica en los pacientes con hiperhidrosis craneo-facial severa, y el grado de satisfacción postoperatoria. **Metodología:** Estudio prospectivo. Se evaluó en una escala analógica de 0 a 10 los síntomas pre y postoperatorios, como el grado de satisfacción general, y mejoría en la calidad de vida. **Resultados:** Entre abril de 1997 y abril de 2000 se operaron 8 pacientes en práctica privada. Se les realizó: simpatectomía o simpaticotomía torácica a nivel T2-3 bilateral. La técnica es idéntica a la utilizada para la hiperhidrosis palmar. Cirugía por Video, con anestesia general, a través de una incisión axilar de 1cm. En 4 pacientes se realizó en forma ambulatoria y en 4 con menos de 24 hs. de internación. No se presentaron complicaciones intra ni postoperatorias. Todos los pacientes estuvieron en condiciones de retomar su actividad habitual a las 48 hs. de operados. Los resultados evaluados mostraron una sudoración facial promedio de 8,1(escala analógica) en el preoperatorio, y 0,1 en el postoperatorio. Cuatro pacientes presentaron sudoración compensatoria. Tres leve y uno de grado moderado a nivel del tronco, pese a lo cual se volvería a operar. La calidad de vida mostró unánimemente, una mejoría significativa tanto social como profesional. **Conclusiones:** La simpaticotomía videotoroscópica demostró ser altamente efectiva, y lograr un grado de satisfacción similar a los operados por hiperhidrosis palmar. Cuatro de los 8 pacientes presentaron hiperhidrosis compensatoria, 3 de grado leve y 1 moderado.

**31. Cirugía de columna por videotoroscopia: experiencia preliminar.** Mezzadri<sup>1</sup> Juan, García Morato<sup>3</sup> Joaquín, Newton<sup>2</sup> Alejandro, Ottino<sup>1</sup> Carlos, Basso<sup>1</sup> Armando.

División de Neurocirugía<sup>1</sup>, División de Cirugía Torácica<sup>2</sup> y Centro Universitario de Cirugía Experimental<sup>3</sup>, Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las ventajas de la cirugía de columna videotoroscópica en la resección de los neurinomas en reloj de arena o espinotorácicos (NET) y la hernia de disco dorsal (HD). **Población y método:** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 4 casos: el caso n° 1 (74 años, mujer) con una mielopatía de 4 meses de evolución y un NET D 5 derecho; el caso n° 2 (43 años, mujer) con una mielopatía de 3 meses de evolución y un NET D 5 derecho; en el caso n° 3 (31 años, hombre) como hallazgo se encontró un NET en D 11 derecho y el caso n° 4 (84 años, mujer) con una mielopatía de 1 año de evolución y una HD en D9-D10. El diagnóstico se hizo en todos los casos con Resonancia Magnética. En los NET se hizo un abordaje por laminectomía para reseca la porción espinal y a continuación en la misma cirugía un abordaje videotoroscópico para reseca la porción torácica. En el caso n° 3 fue necesario efectuar una toracotomía mínima para extraer el tumor. La HD fue reseca por videotoroscopia solamente. **Resultados:** La resección de los NET fue macroscópicamente completa y los signos de mielopatía regresaron progresivamente. En el caso n° 3 se produjo un quilotórax que necesitó de un drenaje pleural transitorio. El caso n° 2 presentó una tromboflebitis que fue tratada con anticoagulantes. El seguimiento entre 6-24 meses no mostró recidivas. La HD era blanda y sólo se reseca el tejido herniado, dándose de alta al tercer día; se logró detener el avance de la mielopatía y actualmente se encuentra en rehabilitación. **Conclusión:** La cirugía videotoroscópica permitió la resección completa de las patologías presentadas, sin mortalidad ni empeoramiento de los síntomas preoperatorios con menor tiempo de internación.

**32. Experiencia de la unidad de trasplante de médula ósea del Hospital de Clínicas.** Gutiérrez J, Plana J, Brodsky A, Minisalles C, Mariscal C, Anaya L, Vellicce A, Marín O, Lattes R, Mendoza A, Saravia D, Girolami M, Halperín N, Kohan A, Calahorra R.

Unidad de Trasplante de Médula Osea. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.



**Objetivo:** Presentar la experiencia con trasplante autólogo de células progenitoras de sangre periférica en un Hospital Público, en un período de 27 meses. Población: 19 pacientes, (10 mujeres). Edad mediana: 40 años (16-60); diagnósticos: Ca. Mama: 6, L. Hodgkin: 4, M. Múltiple: 4, LNH: 2, Ca. Testículo: 2, Meduloblastoma: 1. Dieciséis pacientes fueron movilizados con G-CSF+CFM, dos con G-CSF solo, tres pacientes con último ciclo de QT + G-CSF. Dos pacientes requirieron una segunda movilización y en un paciente debió obtenerse MO. CD34 infundidas, mediana: 5,09 (1.1-19.7). Promedio de internación: 24.8 días (8-38). Dos pacientes fallecieron por sepsis en el día + 24 y + 4. 18 de los 19 pacientes recuperaron neutrófilos  $>0.5 \times 10^9/l$  mediana: 11 días (8-21), 17/19 pacientes lograron plaquetas  $>25 \times 10^9/l$ , mediana: 15 días (9-34). Requerimiento transfusional: Mediana: 5 U. de GR (1-9) y 6 U. de Plaquetas (2-26). Todos los pacientes presentaron fiebre (mediana 5 días), recibiendo X: 13.2 días de ATB. 5 requirieron anfotericina liposomal. **Conclusión:** Esta presentación tiene como finalidad mostrar la factibilidad de generar un programa de trasplante de MO en un hospital público, con resultados comparables a los de otros centros especializados.

**33. Correlación entre tamaño tumoral y sobrevida en pacientes con carcinoma broncogénico estadio IA.** Rossi Santiago E.<sup>1,2</sup>, Patz<sup>1</sup> Edward F., Harpole<sup>1</sup> David, Herndon Jr.<sup>1</sup> James, Goodman<sup>1</sup> Philip.

<sup>1</sup>Duke University Medical Center. Durham. NC. USA. <sup>2</sup>Fundación Dr. Enrique Rossi. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** El propósito del estudio fue determinar la relación entre el tamaño tumoral y sobrevida en pacientes con carcinoma broncogénico estadio IA (T < 3cm). **Metodología:** Se estudiaron 510 pacientes con estadio patológico IA (T1N0M0) identificados en nuestros registros tumorales a lo largo de un período de 18 años. Dentro de este grupo, 285 eran hombres y 225 mujeres. Edad media de 63 años (rango 31-90 años). El modelo proporcional de Cox fue utilizado para estudiar el efecto de sobrevida. El tamaño tumoral fue incorporado en el modelo como un efecto lineal y como categorías variables. El producto límite estimativo de Kaplan-Meier's fue usado para demostrar gráficamente la relación entre el tamaño tumoral y la sobrevida. **Resultados:** El modelo proporcional de Cox no mostró una relación estadísticamente significativa entre el tamaño tumoral y la sobrevida (P=0,701) como un efecto lineal. El tamaño tumoral fue dividido en cuatro categorías (P=0,597), y en diez categorías (P=0,674) sin existir una diferencia estadísticamente significativa en la sobrevida entre los mismos. **Conclusiones:** Los pacientes con carcinoma broncogénico estadio IA (T1N0M0) no presentan diferencia en sobrevida en relación con tamaño tumoral. Este estudio nos muestra que la detección temprana de lesiones < a 3 cm no resulta en mejora en la sobrevida.

**34. Lesiones post quirúrgicas de la vía biliar.** Laudanno O., Garrido JM, Cifuentes P., Pérez Petit M.

Hospital C. Bocalandro. Tres de Febrero. Buenos Aires.

La cirugía laparoscópica ha aumentado la frecuencia de lesiones de la vía biliar según se reporta en centros universitarios. La curva de aprendizaje, anatomía aberrante, procedimientos difíciles han sido mencionados como responsables. La colangioretrograda endoscópica (CRE) es un método eficaz para su diagnóstico y en algunos casos para su tratamiento. **Objetivos:** Comunicar la experiencia de un Hospital general en estas lesiones. En un período de 24 meses fueron estudiados 420 pacientes con CRE, observándose 16 lesiones de la vía biliar. Esto representa el 3.8% de los estudios y el 50% tenía antecedentes de cirugía laparoscópica. La edad media fue de 41 años, y el 68% eran de sexo femenino. En un caso no se pudo acceder endoscópicamente a la vía biliar y se hizo percutáneo. **Tipo de lesiones:** a) Fugas císticas 7, Luscka 1. b) lesión lateral de colédoco 3 c) Estenosis parcial de colédoco 2 d) Estenosis completa de la vía biliar 3 **Tratamiento:** 1. Esfinterotomía (ET) en 7

fugas con resolución. 2. Endoprótesis sola: 1 (lesión lateral) resolución. 3. Prótesis temporaria, ET, extracción de cálculos 1, resolución. 4. ET, dilatación de estenosis 1 (luego hepático-yeyuno anastomosis) 5. Hepático-yeyuno anastomosis 4 (3 estenosis completas, 1 parcial) 6. Una paciente con fuga cística mínima resolvió sin tratamiento. **Conclusiones:** Las lesiones de la vía biliar constituyeron una patología numéricamente significativa en nuestra serie y el porcentaje en jóvenes merece destacarse. Pese a su potencial morbilidad y sus inciertos efectos a largo plazo, la papilotomía permitió el tratamiento de todos los casos de fugas en que se utilizó. En las secciones completas de la vía biliar la CRE tiene solo utilidad diagnóstica.

**35. Receptor soluble de transferrina: su utilidad diagnóstica en diferentes tipos de anemias.** Carbia C, Lardo M, Gasparini S, Merelli A, Grinspon D, Cantenys N, Díaz NB.

Dpto. de Bioq. Clínica. Sección Hematología. FFyB. Dpto. de Doc. e Investigación. Secc. Asesoría Científica. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

La anemia definida como la disminución de la cifra de hemoglobina por debajo de 12 g/dl es un síndrome presente en numerosas patologías de diversa etiología, siendo necesario establecer su verdadero origen antes de instaurar la terapéutica adecuada. Se trató de establecer la utilidad de un nuevo marcador hematológico, el receptor soluble de transferrina (TfRs), para diferenciar distintos tipos de anemias considerando que este refleja la intensidad de la eritropoyesis, siendo además su síntesis regulada por el estado de hierro del organismo. Se realizó la medición del TfRs en diferentes patologías eritrocitarias clasificadas en base a los datos de hemograma, ferremia, TIBC, ferritina sérica y electroforesis de hemoglobina. Para la determinación del TfRs se utilizó un ensayo inmunoenzimático en microplaca que utiliza un anticuerpo monoclonal específico para TfRs. Se realizó el dosaje del TfRs en 30 sujetos sanos (grupo control) y 80 pacientes anémicos que se dividieron en 4 grupos: Anemia por deficiencia de hierro (IDA)(n=28), de los procesos inflamatorios/infecciosos crónicos (ACD)(n=28), IDA más infección (n=18) y hemoglobinopatías(n=6). Los resultados obtenidos fueron para el grupo control TfRs= 16.85 nmol/L $\pm$ 1.17. Para el grupo ferropénico se obtuvo un valor de TfRs=54.27  $\pm$  2.25 nmol/L, en IDA más infección un TfRs= 14.3  $\pm$ 0.99 nmol/L, en ACD un valor de 16.6  $\pm$  1.67 nmol/L, en el grupo de hemoglobinopatías se obtuvo un valor de 20.15  $\pm$  3.13 nmol/L. Aplicando el Test estadístico de ANOVA el grupo ferropénico mostró una diferencia muy significativa (p<0.001) con respecto al grupo control, no así cuando se comparó este último vs. ACD (p<0.05). Se concluye que la medida de TfRs es un marcador sensible en el diagnóstico de anemias ferropénicas no asociadas a estados inflamatorios o infecciosos donde el TfRs permanece estable e independiente del estado de hierro orgánico.

**37. Hemocultivos y antibióticos en el paciente neutropénico febril.** Regazzoni Carlos Javier<sup>1</sup>, Myburg Cristina Verónica<sup>1</sup>, Anger Vanesa<sup>2</sup>, Galvalisi Nazareno Ruben<sup>1</sup>, O'Donnell Javier, Sarquis Sergio Gabriel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>5<sup>ta</sup>. Y <sup>2</sup>4<sup>ta</sup>. Cátedra de Medicina. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

Nos interesó estudiar el rescate de los hemocultivos y el uso de antibióticos en el paciente neutropénico febril. **Objetivos:** Determinar en los pacientes neutropénicos: 1-rescates en hemocultivos; 2-los esquemas ATB más usados; 3-la mortalidad asociada a cada esquema; 4-tasa de ampliación del esquema antibiótico inicial. **Metodología:** Estudio transversal con las historias clínicas de una muestra consecutiva de pacientes oncológicos con neutropenia y fiebre en Clínica Médica y Terapia Intensiva durante 1998-1999. **Resultados:** se analizaron 91,8% (79/86) de los episodios, referidos a 62 pacientes. La mortalidad global fue 20,2% (16/79); 16 pacientes(20,2%) tuvieron hemocultivos positivos, con una mortalidad del 12,5%(2/16), y un

riesgo relativo de 0,56 (IC95%: 0,14 - 2,23). Los rescates más frecuentes fueron: *E. coli*(3/16), *K. pneumoniae*(3/16), *S. aureus MS*(2/16), *P. aeruginosa*(2/16), y *S. viridans*(2/16). Los antibióticos más utilizados fueron: piperacilina(44,3%), imipenem(26,5%), ceftazidime(20,2%), y vancomicina(32,9%). No hubo diferencias de mortalidad asociada a los diferentes esquemas iniciales; la tasa de ampliación a vancomicina fue 21,5%, y a anfotericina 18,9%. Se utilizó anfotericina en 18/79 pacientes, 22,7%, con una mortalidad de 22%; RR: 1,13(IC95%: 0,41-3,08). **Conclusiones:** El rescate más frecuente fue de bacilos gram-negativos, y no hubo diferencias de mortalidad asociada a los diferentes esquemas antibióticos iniciales; los pacientes que requirieron anfotericina no presentaron mayor mortalidad que el resto.

**38. Evolución de la resistencia a los antimicrobianos en diferentes patógenos hospitalarios.** Famiglietti Angela, Rodríguez Carlos, Pugliese María L, Juárez María J, Mattered Josué, de Mier Carmen, Lasala María B, Vay Carlos.

Laboratorio de Bacteriología, Dpto. de Bioquímica Clínica, Fac. Farmacia y Bioquímica y División Infectología, Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. UBA. Buenos Aires. Argentina.

La infección hospitalaria sumada a la resistencia a los antimicrobianos, resulta en un aumento de la morbimortalidad y de los costos de la atención en los centros de salud. El objetivo de este estudio fue evaluar el estado actual de la resistencia de los diferentes patógenos hospitalarios y compararla con la observada en años anteriores. **Materiales y Métodos.** Se determinó la resistencia de los patógenos hospitalarios, a los distintos antimicrobianos por el método semicuantitativo de dos concentraciones útiles de Marcenac y col. Los puntos de corte utilizados fueron los recomendados por el NCCLS. **Resultados.** En el año 1999 se aislaron un total de 1487 microorganismos únicos y sucesivos, 535 (36%) fueron cocos gram positivos y 952 (64%) bacilos gram negativos. El 21% correspondió a la UCI, 44% a Clínica Médica y el 35% restante a otros servicios del Hospital. *Escherichia coli* resultó el primer patógeno nosocomial en el análisis global, en Clínica Médica y en otros Servicios excepto en la UCI donde ocupó el 4º lugar junto con *Klebsiella pneumoniae* y los estafilococos coagulasa- negativa. La oxacilino-resistencia en *Staphylococcus aureus* aumentó considerablemente desde 1986 a 1999 de 16% a 60%, superando el 50% a partir de 1994. Los enterococos con resistencia adquirida a vancomicina (EVR) emergen en el Hospital a fines de 1998 y representaron el 8% del total de los aislamientos, pero sólo el 2% se relacionó con infección. En 1999, el 15% de los aislamientos de enterococos fueron EVR y el 3% fueron hallados en especímenes extraintestinales. Entre 1992 y 1996, la resistencia a imipenem en *Acinetobacter* spp. osciló entre 15 y 20%, aumentando en 1998 a 33% y en 1999 al 62%. En *Pseudomonas aeruginosa* entre 1992 y 1998 osciló entre 15 y 20% y alcanzó el 31% en 1999. En *Klebsiella pneumoniae* la resistencia a cefalosporinas de 3º generación, relacionada con beta lactamasas de espectro extendido, se elevó del 20% (1992) al 70% (1994), alcanzando el 61% en 1999. **Conclusiones.** El alarmante aumento de los niveles de resistencia observados en nuestro medio a través de los años enfatiza la necesidad de establecer en forma inmediata la aplicación de medidas tendientes a disminuir la infección hospitalaria y a promover el uso racional de los antimicrobianos.

**39. Resistencias emergentes en la comunidad.** Famiglietti Angela, Rodríguez Carlos, Fernández Karina, Rodríguez Cynthia, Luna Carlos, Lasala María B., Vay Carlos.

Laboratorio de Bacteriología, Dpto. de Bioquímica Clínica, Fac. Farmacia y Bioquímica y División Infectología, Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

La resistencia a los antimicrobianos es un fenómeno dinámico y regional condicionado por diferentes factores por lo que es

necesario el informe local del perfil de sensibilidad para seleccionar adecuadamente los tratamientos empíricos y para la implementación de las medidas de prevención. El objetivo de este estudio fue evaluar el estado actual de la resistencia de los patógenos aislados de la comunidad y compararlo con la observada en años anteriores. **Materiales y métodos:** Se evaluó la resistencia de las enterobacterias provenientes de orinas de chorro medio de pacientes de la comunidad por el método semicuantitativo de Marcenac y colaboradores. La resistencia en *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae* se evaluó por difusión en agar siguiendo las recomendaciones del NCCLS. **Resultados:** En 1999 *Escherichia coli* (n=597) fue el principal microorganismo aislado de orinas de chorro medio seguido de *Klebsiella pneumoniae* (n=74) y *Proteus mirabilis* (n=71). La resistencia a ampicilina en estas tres especies fue 60, 95 y 49% respectivamente y a cefalotina 20, 43 y 24% respectivamente, mientras que la resistencia a ceftriaxona fue 2, 29 y 13% respectivamente. En 1993 esta última resistencia fue observada solamente en el 6% de los aislamientos de *K. pneumoniae*. El 74% de las enterobacterias con b-lactamasa de espectro extendido presentaron resistencia simultánea a ciprofloxacina y cotrimoxazol. La resistencia a penicilina en *S. pneumoniae* aumentó del 5.5% en el período 1990-1992 a 19.3% entre 1993-1995 y a 24% entre 1996-1999. En las cepas resistentes a penicilina la resistencia a ceftriaxona fue del 5% en el período 1991-1995 mientras que aumentó al 27% entre 1996 y 1999. En el año 1998 los neumococos provenientes de neumonías agudas de la comunidad (NAC) presentaron un 28% de resistencia a penicilina (7% de resistencia absoluta) y un 12% de resistencia a ceftriaxona (6% CIM=2-4 mg/ml). No se aislaron hasta el presente *S. pyogenes* resistentes a penicilina mientras que la resistencia a eritromicina emerge en 1998 (18%). El 41% de las cepas de *H. influenzae* de las NAC fueron productoras de b-lactamasas. **Conclusiones:** El incremento de la resistencia a los antimicrobianos observado en nuestro medio alerta hacia la necesidad de continuar la vigilancia epidemiológica y promover el uso racional de los antibióticos en los pacientes de la comunidad.

**40. Brote por enterococo vancomicina resistente (EVR) en terapia intensiva.** Huberman M, Stecher D, Famiglietti A, Vay C, Lasala MB.

División Infectología y Sección Bacteriología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivos:** Descripción de un brote por EVR en una unidad de terapia intensiva, incluyendo las medidas destinadas a su control, la eficacia de las mismas, y el análisis de los factores de riesgo. **Material y métodos:** Detección del brote a través del registro de casos de infección, e identificación de pacientes (pt) colonizados a través de hisopados anales(ha) y coproculti-vos(cp). Se implementaron las siguientes medidas de control: Identificación de los pt colonizados y formación de cohortes, aislamiento de contacto, control semanal de la colonización y educación del personal. Se realizó un estudio caso control para evaluar factores de riesgo para la infección por EVR. Definiciones: EVR: enterococcus con CIM Vancomicina > 8 mc/ml. Colonización: Paciente (pt) con aislamiento de EVR en ha o cp sin evidencia de infección. Infección: pt con bacteriemia, infección de herida quirúrgica (hq), o del tracto urinario (ITU). Mortalidad atribuida a EVR: pt fallecido con infección documentada por EVR, sin otra causa evidente. **Resultados:** Entre octubre 1998 y febrero 1999, se estudiaron 89 pt, en 18 (20,2%) se aisló EVR. Implementadas las medidas de control, se logró reducir la tasa de colonización del 50% (10/98) al 15% (01/99). Cinco pt tuvieron infección: (3 bacteriemias, 1 ITU y 1 hq) La mortalidad fue del 60%. De los factores de riesgo estudiados, sólo la presencia de patología abdominal fue estadísticamente significativa. **Conclusiones:** La colonización por EVR fue un evento frecuente. La aplicación de las medidas de control logró la reducción pero no la erradicación de la colonización. La dificultad en la implementación de estas medidas es un factor limitante en el manejo de este tipo de infecciones.

**41. Prevención de la transmisión nosocomial de sarampión en un hospital universitario.** Bogdanowicz E, Stecher D, Foccoli M, Hojman M, Castro F, Marín O, Morosi J, Padovani A, Lasala MB.

*División de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** La transmisión nosocomial de sarampión ha sido descrita en diversas publicaciones, haciéndose hincapié en el rol del personal de la salud y la necesidad de medidas de control para evitar su diseminación. Durante un brote de sarampión en nuestro país (1998), tres casos fueron detectados (diagnosticados mediante examen físico y serológico) entre los componentes de la Residencia Médica. Los tres presentaban historia de contacto con pacientes con sarampión en la Guardia del hospital. Se asumió como brote nosocomial. **Objetivo:** Implementar medidas de control de un brote nosocomial de sarampión, para prevenir la aparición de nuevos casos entre los trabajadores de la salud y la transmisión a los pacientes. **Métodos:** Se implementaron las siguientes medidas: **1)** Los residentes afectados con la enfermedad fueron relevados de sus actividades hasta cuatro días después de la aparición del rash. **2)** Se cerró la internación en áreas bajo el cuidado de los casos por 21 días post exposición. **3)** Dado que la campaña de inmunización fue comenzada en el tercer día después del diagnóstico del caso índice, no se realizó serología. Se realizó inmunización del personal susceptible con vacuna MMR o inmunoglobulina intramuscular (IMIG) (0,25 ml/kg) en el caso de embarazo o inmunosupresión. Los pacientes que estaban bajo el cuidado de los Médicos residentes afectados IMIG. La Campaña de Vacunación fue realizada por médicos de la División de Enfermedades Infecciosas del hospital y fue llevada a cabo en diferentes sectores dentro del hospital. **Resultados:** La campaña duró 17 días y fueron inmunizados 1787 miembros de la comunidad hospitalaria (634 hombres y 1153 mujeres) con 1764 dosis de vacuna y 23 dosis de IMIG. La edad promedio del personal inmunizado fue de 37,5 años (18-71). 476 (27%) de los inmunizados fueron médicos, 392 (22%) enfermeras y 896 (51%) cumplían otras actividades hospitalarias (personal de mantenimiento, administrativos, bioquímicos, biólogos, técnicos, etc.). 19 pacientes internados recibieron IMIG. Se documentaron un total de 14 eventos adversos (0,79%): 72% (10p) Presentaron rash, 14% (2p) fiebre y 14% (2p) linfadenopatía. En 2 años de seguimiento no se presentaron nuevos casos de sarampión entre trabajadores de la salud. En la comunidad el brote estuvo presente por 3 meses. **Conclusiones:** La combinación de un programa de inmunización y las precauciones de aislamiento fueron efectivas para prevenir la diseminación de sarampión en nuestro hospital, lo que reafirma la importancia de programas de prevención de infecciones en los trabajadores de la salud.

**42. Brote nosocomial de infecciones por aeromonas hydrophila asociado a endoscopia digestiva.** Marín, O.; Vanzulli, C.; Del Castillo, M.; De Mier, C.; Perazzi, B.; Famiglietti, A.; Vay, C.; Caro, L.; Ghigliani, M.; Lasala, MB

*División Infectología, Gastroenterología y Bacteriología Clínica. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** Entre Nov. 1997 y Feb. 1998, se detectaron 4 casos de infección de sitio quirúrgico por *A. hydrophila* en pacientes (pt) con procedimientos quirúrgicos de la vía biliar (PQVB): 3 colecistomías laparoscópicas y 1 drenaje percutáneo. **Métodos:** Estudio de caso/control retrospectivo para identificar factores de riesgo y tomar medidas de control. "Caso": pte con PQVB que presentó infección por *A. hydrophila*. "Control": pte con PQVB sin infección por dicho germen. **Resultados:** Se enrolaron 4 casos y 20 controles. El análisis comparativo de datos mostró que la ERCP efectuada previa a la cirugía constituyó un riesgo mayor de infección (OR: 57, IC95%: 1,9-9803, p: 0,0076). A todos los casos se les efectuó una ERCP (previa a la cirugía en 3 pacientes e intraoperatoria en 1) mientras que sólo 1 de 20

controles fueron sometidos a dicho procedimiento. Debido a estos resultados, se cultivaron los endoscopios digestivos y se aisló *A. hydrophila* en aquellos utilizados en ERCP. Como medidas de control, supervisamos el proceso de desinfección, encontrando varias fallas en su secuencia: inmersión incompleta en glutaraldehído, cepillado incompleto de los canales internos y secado inapropiado. Hasta la implementación de las medidas de control, se detectaron 6 nuevos casos (todos los cuales habían tenido una ERCP previa). Luego de una desinfección adecuada, no se detectaron nuevos casos. **Conclusiones:** Una estricta adherencia a las guías de desinfección previa a procedimientos invasivos es esencial para el control de las infecciones hospitalarias.

**43. Niveles de notificación de exposición a patógenos transmitidos por sangre en el personal de salud de un hospital universitario: evaluación de sus causas.** Stecher Daniel, Hojman Martín, Rabhansel Gretel, Lattes Roberta y Lasala María Beatriz.

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

**Objetivos:** Conocer el nivel de notificaciones de exposición a patógenos transmitidos por sangre en el personal de salud de un hospital universitario, y evaluar las causas de la falta de denuncia de los mismos. **Material y métodos:** Se realizó una encuesta escrita entre el personal de salud interrogando acerca de los antecedentes de accidentes con riesgo de exposición a patógenos transmitidos por sangre, la cantidad de notificaciones realizadas y en los casos en que no fueron hechas, las causas de esa actitud. El hospital cuenta con 250 camas. En el mismo funciona en el mismo un Programa de Prevención y Tratamiento de Exposición a Patógenos Transmitidos por Sangre. **Resultados:** Se encuestaron 218 personas (63 médicos, 147 enfermeras, 3 técnicos, 4 mucamas y 1 personal de maestranza). Del total 155 (71,1%) referían antecedentes de uno o más episodios de exposición a patógenos transmitidos por sangre (48 médicos, 103 enfermeras, 3 mucamas y 1 técnico). Se registraron 220 episodios (1.4 episodios/persona), 149 accidentes punzo-cortantes y 71 salpicaduras. Notificaron sus accidentes un total de 66 personas (42,5%). El porcentaje de notificación entre los médicos fue del 45,8% (22/48) y el de las enfermeras 42,7% (44/103). Las mucamas y los técnicos no denunciaron ninguno de los accidentes sufridos. Con respecto a las causas por las que no se realizó la notificación 53,5% del personal consideró que el accidente era de bajo riesgo, 22,8% refirió que el trámite de notificación era muy engorroso, 19,8% desconocía la necesidad de informarlo, 3% no realizó la notificación para evitar tener que tomar medicación (ignorando si esta sería indicada) y 1% tuvo temor a ser sancionado. **Conclusiones:** La falta de notificaciones de exposiciones a patógenos transmitidos por sangre en el personal de la salud de nuestro hospital fue alta, pero similar a la comunicada por otros autores. Las causas más importantes fueron la falta de percepción del riesgo, la complejidad de los trámites de notificación y el desconocimiento de un programa de control en funcionamiento en la institución. Para aumentar el nivel de notificación y disminuir el riesgo de infecciones transmitidas por sangre entre el personal de la salud se requiere concientizar al mismo de la necesidad de consultar en todas las situaciones de exposición, simplificar los mecanismos de notificación y promover una mayor difusión de los Programas de Prevención.

**44. Manifestaciones articulares y extraarticulares de la artritis psoriásica.** Sohn D.; Cabanillas A.; Helling C.; Nasswetter G.

*División Reumatología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

El término artritis psoriásica (AP) fue usado por primera vez por un dermatólogo francés Piere Bazin en 1820, a pesar de lo cual esta enfermedad sigue siendo objeto de debate. El objetivo del trabajo es describir las características clínicas articulares y

extraarticulares de los pacientes con psoriasis diagnosticados en nuestro servicio. **Población y muestra:** Se evaluaron 30 pacientes, 14 hombres (46.6%) y 16 mujeres (53.4 %) con una edad promedio de 44,9 años (18-79) que cumplen criterios de AP entre enero de 1999 y abril de 2000. Se confeccionó una ficha que incluyó examen físico completo evaluando manifestaciones articulares y extraarticulares. A todos los pacientes se les solicitó laboratorio completo, Radiografías, Espirometría, Ecocardiograma y examen ocular. **Resultados.** Se evaluaron 30 pacientes con una edad media al inicio de la psoriasis de 30 años ( mujeres: 30,9 y varones: 32,4), media de edad al inicio de la artritis psoriasis de 37,8 (mujeres: 38,6 y varones: 33,5). La psoriasis precedió a la artritis en 19 pacientes (82%), inicio simultáneo en 2 (8,6) y la psoriasis siguió a la artritis en 2 pacientes (8,6). En el primer caso hubo una media de tiempo de 6,31 años (mujeres: 8,9 y varones: 5,5) y la tercera en 8,5 años. Al momento del estudio la media de evolución de la psoriasis fue de 4,95 años. El 37% de los pacientes tenían familiares con psoriasis. Recibían drogas de segunda línea el 60% de los pacientes (17), el 65% recibían metotrexate y 35% sulfasalazina (6), solo AINES 32% (9). Compromiso articular: según Mol y Wright 1) Distal: 1 pac. (3,5%); 2) Oligoartritis asimétrica: 24 pac (85%); 3) Mutilante: 0%; 4) Seudorreumatoidea: 3 pac. (10,4%); 5) Espondilítica: 0%. Sacroileítis: 39,2% ( asociada a tipo 1: 9%; tipo 2: 72%; tipo 3: 18%). Compromiso extraarticular: Cardíaco: 4 p.: 22% (1 pac fibrosis de la raíz Aórtica, 1pac corazón hiperquinético, 1 pac angor con T- en cara anterior y otro escape mitral e insuficiencia Aórtica. Pulmonar: 3 pac 17%: 2 pac con compromiso obstructivo y un pac con compromiso restrictivo. Ocular: 6 pac (33%): 2 con ojo seco, 1con blefaritis, 2 con ojo rojo y uno con conjuntivitis. Renal : 2 pac (10 %): 1 con disminución del clearance y el otro con proteinuria. **Conclusiones:** La edad al inicio de la psoriasis fue menor en mujeres(30) que en varones(32) y la aparición de los síntomas de artritis tuvo una latencia menor en estos últimos(5,5 vs 8,9). La incidencia de oligoartritis asimétrica fue más alta en nuestra serie(85%) con respecto a las previas. El compromiso extraarticular más frecuentemente hallado fue el oftalmológico.

#### 45. Manifestaciones clínico-serológicas en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSP). López Ríos, S; López Cabanillas, A; Nishishinya, MB; Nasswetter, G.

*Centro Antirreumático. Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de manifestaciones clínico-serológicas en pacientes con SSP atendidos en nuestro hospital. **Metodología:** Mediante un diseño retrospectivo se analizaron 36 historias clínicas de pacientes (p) atendidos entre enero de 1995 y diciembre de 1999, que cumplían criterios del Grupo Europeo (1993) para SSP. **Resultados:** De los 36p, 35 fueron mujeres; la media de edad fue de 53 años (19-83) y el tiempo de evolución medio fue de 3 años (6 meses a 30 años). Los 36p presentaron xerofthalmia, 35p (97,2%) xerostomía y 14/35p (40%) agrandamiento parotideo. La biopsia de glándula salivar menor fue positiva (grado 3 ó 4 de Chisholm) en 10/11p (90.9%). Presentaron xeroderma 25/33p (75,7%) y dispareunia 8/18p (44.4%). En el laboratorio se detectó hipergamaglobulinemia en 13/18p (72.2%); FAN(+) en 30/34p (88,2%) con patrón homogéneo y/o moteado; FR(+) en 22/34p (68;7%); anti Ro(+) en 15/31p (48,3%); y anti La(+) en 12/31p (38,7%). Las manifestaciones extraglandulares más frecuentes fueron: Artritis en 16/36p (44,4%); artralgias en 12/36p (33.3%); disnea en 11/36p (30.5%), con funcional respiratorio patológico en 6/25p, 5 de los cuales evidenciaron trastorno restrictivo; hipotiroidismo en 8/27p (29,6%) y fenómeno de Raynaud en 8/32p (25%). En menor frecuencia se detectaron asociaciones con hepatitis crónica autoinmune, cirrosis biliar primaria, compromiso del SNC y P, manifestaciones cutáneas, y malignización con progresión a linfoma no Hodgkin. Cuando comparamos el grupo anti Ro y La (+) con el (-), la tiroiditis de Hashimoto se asoció en 1/13p (7,6%) vs 3/16p (18,5%); la disnea en 2/13p (15.3%) vs 5/16p (21,2%); y las alteraciones en

el funcional respiratorio en 2/13p (15,3%) vs 4/16p (25%) respectivamente. **Conclusiones:** - Nuestros resultados no difieren de otras series publicadas. - La artritis fue la manifestación extraglandular más frecuente. - La tiroiditis de Hashimoto y la afección pulmonar fueron más frecuentes en el subgrupo con anti Ro y La (-).

#### 46. Esclerosis Sistémica análisis de 159 pacientes. Informe preliminar. \*Laborde, H.A.; \*Nishishinya, M.B.; \*López Ríos, S.; \*\*Troielli, P. A.; \*\*Pascuto, C.; \*\*Woscoff, A.; \*Seijo, L.

*\*Centro Antirreumático, \*\* División de Dermatología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de las manifestaciones clínicas y serológicas de los pacientes (pac) con Esclerosis Sistémica (ES) (ACR 1980) atendidos en nuestro hospital. **Diseño:** Retrospectivo, consecutivo y observacional. **Muestra:** Se analizaron 159 historias clínicas con diagnóstico de ES, atendidos desde Enero de 1990 hasta Diciembre de 1999. Hubo 149 mujeres. **Resultados:** Esclerosis Sistémica difusa (ES d) 83 pac (53%), 75 mujeres. La edad media de 44,6 años (14-72), edad media de inicio de la enfermedad de 37,4 a y la duración media de 7,2 a. ES limitada (ES l) 76 pac (47%), 73 mujeres. La edad media de 51 a (18-82), con una media de inicio 38,5 a y la duración media fue de 11,3a. *Las manifestaciones clínicas* más frecuentes y con *p* significativas fueron: Trastornos de la pigmentación (96,6 % en ES d vs 41,2% en ES l), microstomía (96,6% vs 22%), cicatrices de pulpejos (94,3% vs 78%), telangiectasias (54,3% vs 86,6%), calcinosis (30% vs 57%), debilidad muscular (34% vs 13%), artralgias (52,3 % vs 33,3 %), retracción tendinosa digital (44 % vs 9,6 %), disnea (50,7 % vs 23,3 %), insuficiencia cardíaca (15,2 % vs 3,4 %). Presentaron crisis renal esclerodérmica 6 p con ES d y 1 p con ES l. *Los hallazgos serológicos* fueron FAN (+) en 67/71p (94,4%) de ES d vs 70/71p (98,6%) de ES l, anticentrómero (ACA) (+) en 45/71p (63,3%) de ES l, anti-Scl 70 (+) en 30/62p (48,3 %) de ES d y en 1 pac con ES l, aRo/SS-A (22 % ES d vs 15,5 % ES l), aLa/SS-B (9 % vs 2,2 %), aRNP (18,6 % vs 12 %), los tres últimos anticuerpos no tenían significancia estadística. Un patrón restrictivo se halló en 49/62p (79%) de ES d vs 13/46p (28,2%) de ES l, *p* < 0,001. La DLCO en 22/31 (70,9%) vs 15/29 (51,7%) (NS). HTP por ecodoppler (>26 mmHg) en 30/60p (50%) en ES d vs 30/63p (47,6%) en ES l (NS). Se registraron 5 síndromes de superposición 2 DM-SCL y 3 PM-SCL. Hubo 11 muertes, 9 con ES d (2 con compromiso pulmonar, 4 renal y cardíaco, 1 cardíaco y pulmonar y 2 de causas desconocidas); y 2 con ES l (1p con compromiso cardíaco y pulmonar y 1 con compromiso renal y hemorragia pulmonar). **Conclusiones:** - Las manifestaciones clínicas de nuestra población no difiere con otras series publicadas. - La prevalencia del FAN en ambos grupos fue alta (>90%). - El anticentrómero (ACA) estuvo presente en el 63% de los pacientes con ES l. - El anti-Scl 70 fue positivo en el 48% de los pacientes con ES d.

#### 47. Crisis renal esclerodérmica: a propósito de 7 pacientes. Nishishinya, M. B.\*; Fortunato, M.\*\*; Laborde, H.\*; Seijo, L.\*; Nadal, M. A. \*\*.

*\*Centro Antirreumático \*\*División de Nefrología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** 1) Describir la incidencia de Crisis Renal Esclerodérmica (CRE) en pacientes con Esclerosis Sistémica Difusa (ES D) y ES Limitada (ES L). 2) Describir las manifestaciones clínicas, hallazgos anatomopatológicos del riñón y evolución. **Material y métodos:** En nuestro hospital desde 1990-1999 presentaron CRE 6/83 pacientes (7,2%) con ES D y 1/76 pacientes (1,3%) con ES L. A 4/7 se les practicó una punción biopsia renal. Todas fueron mujeres, con edad x de 52,4 años (34 a 72). La duración promedio de la ES fue de 10 años (1 a 28).

**Resultados:** Las 7 pacientes presentaron fenómeno de Raynaud, 4/7 (57%) artritis, 5/7 (71%) derrame pericárdico de moderado a severo con insuficiencia cardíaca, 5/7 (71%) hipertensión pulmonar (HTP), 4/7 (57%) compromiso neurológico, 6/7 (85%), hipertensión arterial (> 140/90 mmHg), 2/6 (33%) tuvieron PA diastólica > 130 mmHg, 6/7 (85%) retinopatía hipertensiva grado III-IV y 4/7 (57%) anemia hemolítica. El laboratorio mostró: FAN positivo en el 100 %, anti-Scl 70 en el 14 %, creatinina x 5,62 mg/dl, clearance de creatinina x 7,2 ml/min, proteinuria x 0,55 g/24hs y microhematuria 4/7 (57%). Los hallazgos anatómopatológicos del riñón más severos fueron en las arterias interlobulares y en arteriolas glomerulares; en todas ellas se observó fibrosis intimal concéntrica, depósito de material mucinoso, proliferación celular y marcada reducción u obliteración de las luces. Con menor frecuencia se evidenciaron células espongiosas, necrosis fibrinoide y trombos fibrinosos. **Evolución:** Todas las pacientes requirieron hemodiálisis. Hubo 5 muertes, de éstas 4 a causa de insuficiencia cardíaca congestiva con derrame pericárdico severo. Dos casos presentaron complicaciones infecciosas; uno fue sepsis por *Acinetobacter* sp y *Stafilococcus aureus* y otro *Criptococosis* diseminada. La paciente que tenía ES L cursó con hemorragia pulmonar activa. En seguimiento hoy 2 pacientes, una en diálisis peritoneal ambulatoria y otra con insuficiencia renal crónica (sin requerimiento dialítico). **Conclusiones:** 1. La incidencia de CRE fue de 6/83 (7,2%) pacientes con ES D y 1/76 (1,3%) paciente con ES L. 2. Hubo 4 pacientes con una evolución de la ES < de 6 años previo a la CRE. 3. 6 pacientes mostraron alteraciones cutáneas difusas, una sólo esclerodactilia y ésta cursó la CRE normotensa con hemorragia pulmonar. 4. Asociado al compromiso renal 5 presentaron derrame pericárdico (moderado a severo), insuficiencia cardíaca e HTP (PAP > 46 mmHg). 5. El FAN fue positivo en el 100%, anti-Scl70 en el 14%, anemia hemolítica en un 57% y hematuria microscópica en 57%. 6. Todas las pacientes requirieron hemodiálisis y presentaron hipertensión maligna 6/7 (85%). 7. En la histología se observaron lesiones compatibles con riñón esclerodérmico.

#### 48. El lipopolisacárido bacteriano afecta directamente la célula acinar pancreática. Vaccaro M.I., Grasso D., Ropolo A., Tiscornia O.M., Lanosa G.

*Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.*

En este trabajo investigamos, tanto *in vivo* como *in vitro*, si el lipopolisacárido (LPS, endotoxina) induce injuria sobre la célula acinar pancreática y si esto se relaciona con la pancreatitis aguda. En los experimentos *in vivo*, células AR4-2J fueron expuestas a dosis crecientes de LPS. La expresión del gen de la proteína asociada a la pancreatitis (PAP) se analizó por northern blot y la apoptosis fue estimada por fragmentación del ADN. Para los experimentos *in vitro*, ratas macho de la cepa Wistar fueron tratadas con cuatro inyecciones intraperitoneales de 10 mg/Kg de LPS. Los cambios estructurales se investigaron por microscopía electrónica y la expresión de PAP por western blot. Los resultados indicaron que la expresión del ARNm de la proteína asociada a la pancreatitis (PAP) fue fuertemente inducida en células AR4-2J expuestas a LPS, mientras que la expresión del ARNm de amilasa estuvo reducida. La expresión máxima de PAP se observó después de 18 horas de incubación con 10 il/ml de LPS. Los efectos *in vivo* del LPS mostraron señales de daño celular 6 horas después de la administración de LPS y se incrementaron después de 24 horas. Estas señales incluyeron numerosas vacuolas citoplasmáticas, dilatación del espacio vasolateral y severas alteraciones nucleares con características de apoptosis. La máxima expresión de PAP se observó entre 36 y 72 horas después de la administración de LPS. Este estudio demuestra que el daño pancreático inducido por LPS afecta directamente a las células acinares pancreáticas. El rol del LPS en la fisiopatología de la pancreatitis aguda podría ser debido, al menos en parte, al efecto que el LPS tiene sobre las células acinares pancreáticas.

#### 49. Perfil de la consulta de demanda espontánea. Asnal Cecilia, Govoretzky Alejandra, Crow Catherine, Garate GM, Heizelmann Elena, Bukovits Mónica, Hunter Bárbara, Di Pasquo A., Nine Cecilia, Catalano HN.

*Área ambulatoria. Servicio de Clínica Médica. Hospital Alemán. Buenos Aires. Argentina.*

Con el objetivo de conocer las características de la consulta por demanda espontánea (CDE) se analizó una muestra de 4562 consultas (c) consecutivas realizadas en 210 días por médicos clínicos. Se registró en una base de datos edad, sexo, motivo de consulta (mc) y médico tratante. Se analizaron 116 mc seleccionándose aquellos con CDE > 100 c para relacionarlos con el sexo, el grupo etario (A: < 40 años (a), B: 40 a 64 a y C: > 64 a) y el período estacional (frío (I) 7/7 al 20/9, templado (II) 21/9 al 30/11 y cálido (III) 1/12 al 31/1 calculándose los odds ratios y sus intervalos de confianza (OR, IC95). Las CDE seleccionadas fueron: enfermedad de vías aéreas superiores (EVAS) 535 c, examen periódico de salud (EPS) 393 c, certificación de salud (CERT) 391 c, dolor osteoarticular (Doam) 317 c, dolor abdominal 180 c, tos (T) 174 c, hipertensión arterial (HTA) 169 c, astenia (AST) 145 c, infección de piel y partes blandas 119 c, cefalea 112 c, dolor torácico (Dtx) 111 c, disuria 124 c y enfermedad de vías aéreas inferiores (EVAI) 105 c. La edad promedio de la población fue 43 ± 17 a (IC95 42.5-43.5 a). Los resultados obtenidos, cuyo análisis mostró **IC95 1 < OR < 1**, fueron: *por sexo*, mujeres: 56 % (2581 c, p < 0.0001), varones vs mujeres **EPS** (OR 1.8 1.4 < OR < 2.2) y **Dtx** (OR 1.6, 1.1 < OR < 2.4); *por grupo etario* **EPS** A vs C (OR 1.9, 1.3 < OR < 2.9) B vs C (OR 1.8, 1.2 < OR < 2.8), **CERT** A vs C (OR 0.4, 0.3 < OR < 0.5), B vs C (OR 0.6, 0.4 < OR < 0.7) y B vs A (OR 1.4, 1.1 < OR < 1.8), **EVAS** A vs B (OR 2.1, 1.7 < OR < 2.5), B vs C (OR 1.9, 1.3 < OR < 3) y A vs C (OR 4, 2.7 < OR < 6), la **AST** A vs C (OR 3.1, 1.5 < OR < 7) y B vs C (OR 2.3, 1.03 < OR < 5.2), **HTA** C vs A (OR 10, 5 < OR < 18), B vs C (OR 0.6, 0.4 < OR < 0.97) y B vs A (OR 6.4, 3.80 < OR < 11) y *por período estacional*: **CERT** I vs III (OR 2, 1.5 < OR < 2.8) y II vs III (OR 2.6, 1.9 < OR < 3.5), **EVAS** I vs III (OR 1.9, 1.5 < OR < 2.4), I vs II (OR 0.8, 0.65 < OR < 0.99) y II vs III (OR 1.5, 1.2 < OR < 1.9), **EVAI** I vs III (OR 2.8, 1.6 < OR < 5) y I vs II (OR 2.2, 1.4 < OR < 3.6) y **T** I vs III (OR 2.2, 1.5 < OR < 3.3) y I vs II (OR 2, 1.4 < OR < 2.8). La CDE casi dos veces mayor de los varones para EPS y Dtx, podría deberse al nivel educativo de esta clase social que ubica la enfermedad coronaria como un problema prevalente; a medida que la edad aumenta disminuye a casi la mitad la demanda de EPS lo que podría deberse al registro médico de las enfermedades detectadas en los grupos de mayor edad - por ejemplo la c por HTA entre seis y diez veces - o a carencia de EPS en estos pacientes. Estos resultados sugieren la necesidad de cambios en la asistencia de los pacientes de mayor edad con medidas educativas dirigidas al cuidado de la salud y a los mc que deberían ser resueltos en la consulta programada.

#### 50. La Evolución del Embarazo en Pacientes con Cardiopatía e Hipertensión Pulmonar. Vázquez Blanco M., Grosso O., Rodríguez G., Mieres J., Brito V., Ruda Vega H., Lerman J.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Comparar en forma retrospectiva la evolución del embarazo, parto y puerperio entre pacientes (p) con cardiopatía (C) e hipertensión pulmonar (HP), con respecto a embarazadas portadoras de C sin HP y embarazadas normales (EN). **Material y Métodos:** Se estudiaron retrospectivamente 32 p. consecutivas con HP (G I), 31 con C sin HP (GII), y 38 EN. Se definió HP a una presión media sistólica pulmonar (PSMP) <sup>3</sup> 32 mmHg por Doppler cardíaco y/o cateterismo. Las siguientes variables fueron analizadas en los distintos grupos: edad, eventos cardíacos mayores (ECM) durante el embarazo, parto y puerperio. Así como la edad gestacional (EG), peso (P) y Apgar (AS) de los

recién nacidos. (RN). **Resultados:** La edad media del GI fue  $31 \pm 8.05$  años, del GII  $27 \pm 6.04$  y  $29.7 \pm 6$  años en el GIII ( $p=0.06$ ). La PSPM en el GI fue  $53.94 \pm 19$  mmHG (rango 32-110). No se observaron diferencias significativas entre el GI y GII en la prevalencia del tipo de C, congénita o adquirida, ni en relación a las diversas variables analizadas. Entre el GI y III se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación al desarrollo de ECM, así como en el P y EG de los RN ( $2701 \pm 0.81$  versus  $3100 \pm 500$  gramos -  $p=0.001$ - y  $34.5 \pm 7.59$  semanas versus  $38.6 \pm 2.3$  - $p=0.002$ - respectivamente). El AS resultó también significativamente menor en los RN de mujeres pertenecientes al GI comparados con los del GIII ( $p=0.02$ ). **Conclusiones:** En nuestro estudio el embarazo en p con enfermedad cardíaca e HP resultó factible con baja frecuencia de complicaciones. No observamos diferencias significativas en las embarazadas con HP respecto de aquellas con C sin HP. Sin embargo las p con HP tuvieron RN de menor P, AS y EG en relación con EN.

### 51. Incidentaloma adrenal: evaluación retrospectiva de 29 casos.

Danilowicz K, Chervin RA, Gómez RM, Bruno OD.

*División Endocrinología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

El incidentaloma adrenal (IA) surge del hallazgo mediante procedimientos por imágenes de un tumor en un paciente sin evidencia previa o concurrente de enfermedad maligna ni signos de hipersecreción adrenal. El desarrollo de estudios por imágenes de alta sensibilidad, pero poco específicos, resultó en una detección casual relativamente frecuente de nódulos adrenales cuya naturaleza no suele definirse desde el inicio. Analizamos en forma retrospectiva pacientes con IA con el objetivo de definir criterios clínicos, bioquímicos y por imágenes para el diagnóstico diferencial. Se estudiaron 29 pacientes de 9 a 73 años (14 mujeres y 15 hombres). Presentaron masas derechas 13, izquierdas 15 y 1 bilateral. Se realizaron determinaciones basales de catecolaminas urinarias ( $n=27$ ), sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA), cortisol libre urinario/24 hs, ionograma ( $n=22$ ), actividad de renina plasmática (ARP) ( $n=11$ ) y aldosterona sérica ( $n=7$ ). Además, test de supresión con 1 mg de dexametasona (test de Nugent) ( $n=15$ ), definiendo supresibilidad un cortisol  $<5$  ug/dl. Una masa de densidad baja, homogénea, de borde regular, que no hubiere crecido luego de 1 año, fue considerada altamente sugestiva del diagnóstico de adenoma. Hallamos HTA leve o moderada en 20, TA limítrofe en 2 y normal en 6. El tamaño de los tumores osciló de 2 a 8 cm:  $13 < 4$  cm, 8 de 4 a 6 cm, y  $3 > 6$  cm. La evaluación hormonal demostró 2 Cushing preclínicos, 1 aldosteronoma, 1 feocromocitoma, 1 hipersecreción de andrógenos y cortisol (carcinoma) y 24 no funcionantes. Se intervinieron quirúrgicamente 7 pacientes sobre la base de masa funcionante, imagen sospechosa o crecimiento reciente, confirmándose por patología: 1 adenoma no funcionante (ANF) y mielolipoma, 3 feocromocitomas, 1 carcinoma y 1 histoplasmosis. Los ANF fueron 17, de tamaño 2 a 5 cm ( $16 \leq 4.5$  cm): 13 fueron seguidos por TAC durante 6 meses, sólo 1 mostró crecimiento resultando histológicamente benigno. El nivel de SDHEA en ANF fue de 70 a 1360 ng/ml y en el carcinoma, 5000. El carcinoma midió 8 cm. De los 3 feocromocitomas, 2 tuvieron catecolaminas normales (1 normotenso y 1 con HTA limítrofe). El aldosteronoma mostró HTA asociado a hipokalemia, ARP baja y aldosterona sérica elevada. Hubo alta prevalencia de HTA (69%). Los ANF midieron en su mayoría  $\leq 4.5$  cm. Sólo en un ANF se observó crecimiento pero resultó benigno. Encontramos feocromocitomas con catecolaminas normales y sin HTA. Por lo tanto, recomendamos la búsqueda sistemática de catecolaminas urinarias en IA. Un carcinoma puede resultar de un hallazgo incidental; el SDHEA elevado orienta al diagnóstico.

### 52. ¿Cómo Medir la Aurícula Izquierda para Estimar su Volumen?

Luis J, Ber M, Rodríguez G, Grosso O, Montecchiesi R, Berensztein C, Lerman J, Piñero D.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

Los diámetros de la aurícula izquierda (AI) se emplean habitualmente, en ecocardiografía, para estimar la presencia de dilatación de la misma. Sin embargo, estos diámetros no presentarían con precisión el volumen (Vol) de la AI. **Objetivo:** Correlacionar el diámetro anteroposterior (DAP) en eje largo (EL), el cefalocaudal (DCC) en 4 cámaras (C) y en 2C y el transversal (DT) en 4 C; el área (A) en 4C y en 2C con Vol AI. **Métodos:** Se estudiaron con ecocardiografía 40 pacientes consecutivos, 20 mujeres, de  $59 \pm 22$  años. Se midieron DAP, DCC 4C, DCC 2C, DT 4C, AAI 4C y AAI 2C. Se calculó el Vol AI por método de área longitud. **Resultados:** Correlaciones y diferencias respecto al Vol AI:

	R	P	Diferencia (ml)	IC 95% (ml)
DAP EL	.76	< .05	-	-
DCC 4C	.84	< .05	-	-
DCC 2C	.76	< .05	-	-
DT 4C	.87	< .05	-	-
AAI 4C	.96	< .05	-	-
AAI 2C	.94	< .05	-	-
DAP <sup>3</sup> EL	.82	< .05	6 ± 17 (1)	1-12
DCC <sup>3</sup> 4C	.85	< .05	80 ± 62 (2)	60-100
DCC <sup>3</sup> 2C	.79	< .05	78 ± 52 (3)	62-100
DT <sup>3</sup> 4C	.90	< .05	6 ± 18 (4)	1-12

**Conclusiones:** Los diámetros de la AI no representan con precisión el Vol AI. El AAI 4C o AAI 2C permiten una mejor estimación del mismo.

### 53. Velocidad de propagación del flujo durante la reducción de la precarga.

Pizzella M, Pecoraro C, Luis J, Brunoldi R, Tiano C, Berensztein C, Lerman J, Piñero D.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Se ha publicado que la velocidad de propagación del flujo diastólico (VPF) del ventrículo izquierdo (VI), determinado por modo M Doppler color, es independiente de las condiciones de carga. El propósito de este estudio es evaluar la VPF durante la reducción de la precarga. **Métodos:** Se estudiaron 44 pacientes (24 mujeres entre 23 y 86 años). Las velocidades de llenado del VI, precoz (E) y tardía (A), la relación E/A, la VPF (la pendiente del "aliasing" del color) y la relación E/VPF fueron medidas en reposo y luego de 2 min de disminución del retorno venoso, producido al inflar el manguito del esfigmomanómetro alrededor de la porción proximal de los 4 miembros. **Resultados.**

		Basal	Inflado
E	M/sec	.85 ± 35	.79 ± 33 *
A	M/sec	.90 ± 33	.90 ± 33
E/A		.99 ± 38	96 ± 52
FPV	Mm/sec	487 ± 238	429 ± 182 **
E/FPV		.0021 ± .0011	.0021 ± .0010

$p < 0.05$  vs basal

La velocidad E disminuyó 7% (CI 95%:-2 a -19%) y la VPF disminuyó 5% (CI 95%:+4 a -14%) durante el inflado del manguito. Sólo la disminución de la VPF se correlacionó con la VPF basal ( $r=-.64$ ,  $p<.05$ ). FPV reduction was only correlated with basal FPV. **Conclusiones.** Estos resultados demuestran que la VPF al igual que otros índices del Doppler, está influenciado por la precarga.

### 54. ¿Qué Variables Clínicas y Ecocardiográficas Determinan la Disminución del Angulo Aortoseptal?

Luis J, Rodríguez G, Ber M, Brunoldi R, Volberg V, Berensztein S, Lerman J, Piñero D.

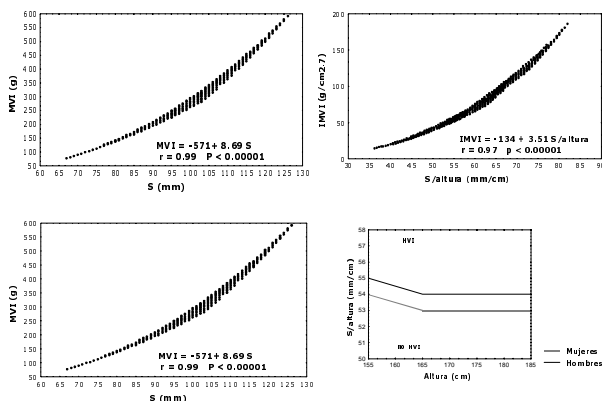
*Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA. Buenos Aires. Argentina.*

La disminución del ángulo aortoseptal (AAoS) constituye frecuentemente una dificultad para la realización del ecocardiograma. Además se relaciona con la presencia de gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (VI). **Objetivo:** Determinar las variables clínicas y ecocardiográficas que se correlacionan con la disminución del AAoS. **Métodos:** Se estudiaron 40 pacientes, 20 mujeres, de  $59 \pm 22$  años. **Resultados:** El AAoS fue de  $116^\circ \pm 19^\circ$  (rango =  $85-150^\circ$ , cuartilo inferior  $100^\circ$ , cuartilo superior  $130^\circ$ ) En el análisis univariado la disminución del AAoS se correlacionó con la edad ( $r = .41$ ), con la tensión arterial sistólica (TAS) ( $r = .56$ ), con la tensión arterial diastólica ( $r = .42$ ), con la amplitud del pulso ( $r = .46$ ), con el grosor del septum interventricular ( $r = .51$ ) y con el grosor parietal relativo (GPR) ( $r = .44$ ). En el análisis multivariado la disminución del AAoS se correlacionó con la TAS y con el GPR [AAoS =  $178 - TAS * .42 - GPR * .29$ ;  $r = 0.61$ ,  $p < 0.00014$ ]. **Conclusiones:** La disminución del AAoS estaría determinada por variables hemodinámicas como la TAS y geométricas como el GPR. En consecuencia sería más frecuente en los pacientes con hipertensión sistólica y remodelación o hipertrofia concéntrica.

#### 55. Método Ecocardiográfico Simplificado para Predecir la Masa y el Índice de Masa del Ventrículo Izquierdo. Bellido C, Iavicoli O, Volberg V, Berensztein S, Lerman J, Piñeiro D.

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

Recientemente se ha propuesto un método ecocardiográfico sencillo para predecir la MVI. (Circulation 1999;100 Suppl I:1534) **Objetivos.** Establecer: 1) Si la suma (S): dimensión externa del VI (DEVI) + septum (SIV) + pared posterior (PP) predice la MVI. 2) Si S/altura predice el IMVI. 3) Los puntos de corte de S y de S/altura para hipertrofia en hombres ( $50 \text{ g/cm}^2$ ) y mujeres ( $47 \text{ g/cm}^2$ ) de diferentes alturas. **Métodos.** Se diseñó un modelo matemático con DEVI de 35-59 mm y, SIV y PP de 8-17 mm (2500 casos) y alturas de 155-185 cm (10000 casos). **Resultados.**



**Conclusiones.** S predice la MVI y S/altura el IMVI. Los nomogramas permiten estimar la MVI, el IMVI y la presencia de HVI.

#### 56. En la insuficiencia cardiaca, hay diferencia en la variabilidad de la frecuencia cardiaca en coronarios vs no coronarios. Benassi M, Melillo M, Rusak E, Repetto H, Berensztein S, Lerman J, Martínez Martínez, J.

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

**Objetivos:** se estudiaron 2 poblaciones de pacientes (p) portadores de miocardiopatía dilatada en insuficiencia cardiaca, una de etiología coronaria (pC), la otra de causa no coronaria (pNC). Se evaluó la variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC) en

ambos grupos de p, para ver si la VFC se encuentra alterada en los 2 por igual. **Métodos:** se estudiaron 2 poblaciones de p; una de 9 p con miocardiopatía de causa coronaria y otra de 10 p, con miocardiopatía dilatada no coronaria, ambos grupos en fallo de bomba, clase III-IV de la NYHA, con depresión de la función sistólica ventricular (Fc.eyección  $< 35\%$ ); en ambos casos hubo confirmación angiográfica. A todos se les efectuó ECG Holter de 24 hs y se evaluó la VFC, estudiándose las diferentes frecuencias mediante los siguientes índices: desviación standard de los intervalos RR normales (SDNN), desviación standard del promedio de los intervalos RR normales en segmentos de 5 minutos, desviación standard, raíz cuadrada de la diferencia consecutiva, porcentaje de las diferencias entre RR normales adyacentes  $>$  de 50 ms. Se evaluó a los p con X y desvío standard para las variables continuas y X<sup>2</sup> para las variables discretas. Se realizó una p de productos cruzados y se consideró significativo una p  $< 0.05$ . **Resultados:** de los diferentes índices evaluados el SDNN con una X de 84.53 y un desvío standard de 34.04 demostró una p  $< 0.009$  en relación al valor de 100 mseg, en los pC versus los pNC, no demostrando significación estadística en los pNC. **Conclusión:** los pC muestran índice SDNN  $<$  a 100 mseg, en relación a los pNC.

#### 57. Insuficiencia cardiaca: predictores de mortalidad intrahospitalaria evaluadas a través de curvas ROC. Vázquez Blanco M, Rojas F, Ferrer L, Cierito M, Bagnasco M, Mieres J, Brunoldi R, Berensztein S, Lerman J.

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

**Objetivos.** Analizar variables clínicas, de laboratorio y ecocardiográficas como predictores de mortalidad intrahospitalaria y establecer su sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) y pronóstico empleando curvas ROC en pacientes (p) con insuficiencia cardiaca (IC) III-IV. **Métodos.** Se incluyeron 211 p internados entre 1996-99, edad  $75.6 \pm 11.8$  (rango 18-95) años. La etiología fue hipertensiva (34%), isquémica (9%), valvular (22%), idiopática (4%), cor pulmonale (9%), alcoholismo (1%) y desconocidas o no documentadas (21%). Se analizaron las siguientes variables, edad, sexo, etiología, tiempo de internación  $<$  de 10 días, IC sistólica vs diastólica, presión arterial sistólica al ingreso (PAS)  $<$  o  $>$  100 mmHg, sodio sérico al ingreso (Na)  $<$  o  $>$  a 130 mmol/l, aurícula izquierda (AI)  $<$  o  $>$  de 50 mm, diámetro diastólico ventricular izquierda (DDVI)  $<$  o  $>$  55 mm, diámetro sistólico del ventrículo izquierdo (DSVI)  $<$  45 mm, fracción de acortamiento  $<$  o  $>$  30%. Se utilizó el test de t para la comparación de variables continuas y X<sup>2</sup> para las variables discretas. Se consideró diferencia estadísticamente significativa un valor de p  $<$  .05. Se calcularon S, E y se realizaron curvas ROC en aquellas variables que presentaron significación estadística. **Resultados.** La mortalidad global fue de 18,9%. Las variables estadísticamente significativas en el análisis univariado fueron TAS  $<$  100 mmHg ( $p < .0001$ ), Na  $<$  130 mmol/l ( $p < .0001$ ), DSVI  $>$  45 mm ( $p < .007$ ), etiología valvular ( $p .02$ ). En el multivariado, los 2 primeros mantuvieron significación estadística. El área bajo la curva ROC para TAS  $<$  100 mmHg fue de .72, la S fue del 47,5% y la E del 87,7%, VPP de 47,5 y VPN del 87,7. Para el Na sérico  $<$  130 mmol/l el área bajo la curva fue .75, S del 52,5, la E de 90,6, el VPP 56,75 y el VPN 89%. **Conclusiones.** En nuestra población, los predictores de mortalidad intrahospitalaria en la IC con poder estadístico significativo fueron el Na sérico  $<$  130 mmol/l y TAS  $<$  100 mmHg, con E y VPN aceptables.

#### 58. El ventrículo izquierdo en embarazadas con hipertensión inducida. Vázquez Blanco Manuel, Grosso Oscar, Torres José, Brito Viviana, Rodríguez Gabriela, Berensztein Sara, Ruda Vega Hilda, Lerman Jorge.

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

Si la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) produce cambios estructurales a nivel del ventrículo izquierdo (VI) no ha

sido establecido, posiblemente debido a es una forma transitoria de hipertensión arterial. **Objetivo:** Comparar entre pacientes (p) con HIE y embarazadas normales (EN) las mediciones del VI mediante ecocardiograma bidimensional y modo M. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron prospectivamente 55 p con HIE, edad promedio 28.5±7.5 años, y 57 EN, edad promedio 30.7±7.5 años. Se definió HIE como presión arterial mayor de 140/90 mmHg, en el tercer trimestre del embarazo, y sin historia de hipertensión arterial. Se analizaron en ambos grupos el espesor parietal posterior del VI (PPVID), septum interventricular (SIVD) y diámetro diastólico del VI (DDVI). Se calculó además por medio de la fórmula de Devereux el índice de masa ventricular izquierdo (IMVI). El ecocardiograma se realizaba entre el día 2 a 4 post-parto. Se compararon los datos con el test de Student. **Resultados:**

	PPVID	SIVD	DDVI	IMVI
HIE	9.3 ± 1.6	10 ± 1.5	47.2 ± 4.5	106 ± 29.4
EN	8.7 ± 1.3	9 ± 1.4	46.4 ± 4.6	90.6 ± 19.8
Valor p	0.03	0.0001	0.354	0.001

**Conclusiones:** De acuerdo con nuestros resultados la HIE ocasionaría un incremento de los espesores parietales y la masa ventricular izquierda, fundamentalmente debido a un aumento en el grosor del septum interventricular.

#### 59. Evaluación de la influencia de la función ventricular en el llenado ventricular en la insuficiencia mitral. Piñeiro D, Berensztein CS, Roisinblit J, Marcotegui M, Luis J, Grosso O, Brunoldi R, Lerman J.

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

**Objetivo.** Se desea establecer si la velocidad de llenado precoz (E), y la relación E/A que se encuentran aumentadas en la insuficiencia mitral grave se alteran con la función del ventrículo izquierdo (VI). **Métodos.** Se estudiaron 114 pacientes, con eco-Doppler transtorácico. Se estimó la gravedad de la IM por el sistema de Helmke y la función del VI por la fracción de acortamiento del VI (FA). Se analizaron los pacientes con IM no grave con FA > 30% (G I) y con FA ??30% (G II), y aquellos con IM graves con FA > 30% (G III) y con FA ?? 30% (G IV). **Resultados.**

	G I	G II	G III	G IV
N	73	25	11	5
Edad años	65 ± 18	67 ± 12	59 ± 21	57 ± 18
DDVI mm	52 ± 9	64 ± 10*	62 ± 6	73 ± 12**
DSVI mm	31 ± 7	49 ± 8*	36 ±	57 ± 11**
AI mm	44 ± 2	48 ± 5*	50 ± 6	55 ± 9
E m/s	0.99 ± 0.33	0.90 ± 0.28	1.39 ± 0.31	1.23 ± 0.30
A m/s	0.92 ± 0.33	0.61 ± 0.23*	0.86 ± 0.31	0.82 ± 0.15
E/A	1.24 ± 0.66	1.76 ± 1.03*	1.71 ± 0.45	1.51 ± 0.24

AI: diámetro de la aurícula izquierda; DDVI: diámetro diastólico del VI; DSVI: diámetro sistólico del VI. \* p<0.05 vs G I; \*\* p<0.05 vs G III

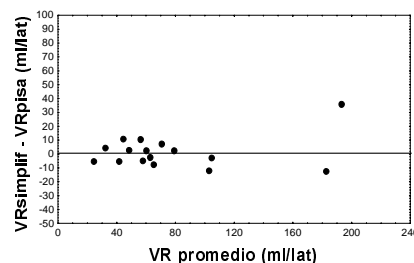
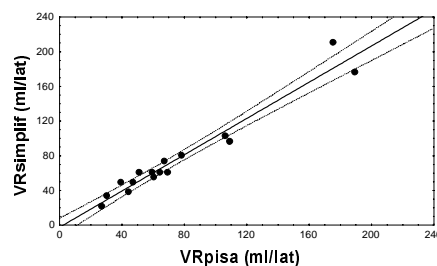
**Conclusiones.** La velocidad de llenado del VI no se encuentra influenciada por la función del VI en la IM grave aunque sí lo está en la IM no grave.

#### 60. Nuevo método para la estimación del volumen regurgitante en la insuficiencia mitral. Piñeiro D, Lanosa G, Berensztein SC, Brunoldi R, Luis J, Marcotegui M, Roisinblit J, Lerman

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

El método de la superficie del área de isovelocidad proximal (PISA), universalmente empleado en el cálculo cuantitativo de la

severidad de la insuficiencia mitral (IM), emplea en su fórmula la velocidad máxima del flujo regurgitante ( $V_o$ ) y su integral ( $V_o/V_{INT}$ ), los que, según se ha sugerido, mantienen entre si una relación aproximadamente constante, simplificando la fórmula de cálculo del volumen regurgitante (VR). **Objetivo.** 1) confirmar la constancia de la relación  $V_o/V_{INT}$ ; 2) determinar la relación entre el VR por el método del PISA convencional ( $VR_{PISA}$ ) y el VR por el método simplificado ( $VR_{SIMPLIF}$ ) y establecer la concordancia de ambas fórmulas por el método de Bland y Altman. **Resultados.** La relación  $V_o/V_{INT}$  fue de 3.59±0.50 (IC95% 3.33-3.83). La correlación  $VR_{PISA}/VR_{SIMPLIF}$  fue de r=0.98, p<0.000001. La diferencia  $VR_{SIMPLIF} - VR_{PISA}$  fue de 0±11 ml/lat (IC 95% -5 +6 ml/lat).



**Conclusiones.** El método simplificado es adecuado para cuantificar confiablemente el VR de la IM.

#### 61. Correlación entre la planimetría valvular aórtica y la relación fracción de acortamiento/ gradiente pico en la estenosis aórtica valvular. Berensztein CS, Piñeiro D, Marcotegui M, Brunoldi R, Scattini G, Carrasco E, Pinedo A, Lerman J.

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

**Objetivo.** Estimar la correlación entre la planimetría valvular aórtica (PVAo) por eco transesofágico (TEE) y la relación fracción de acortamiento (Fac)/ gradiente máximo (GM) en la estenosis aórtica valvular (Eao) puesto que es sabido que la primera constituye un método alternativo a la estimación de esta área por la ecuación de continuidad por Eco-Doppler (ED) transtorácico (TT) o al área anatómica quirúrgica y la segunda puede constituirse en una alternativa en casos en que no se puede calcular el área aórtica por ED TT. **Método.** Se estudiaron 25 pacientes (p), 17 con Eao grave y 8 con Eao de leve a moderada, 10 eran mujeres de 62 a 86 años. Se efectuó EDTT y TEE con sonda multiplanar. Se calculó la PVAo, la Fac y GM. Se correlacionaron ambas mediciones. Se calculó la media y desvío standard de cada variable y se realizó coeficiente de correlación y análisis de regresión entre la PVAo y la relación Fac/GM. **Resultados.** La media de la PVAo fue de 0,81±0,26 y la de la relación Fac/GM fue de 0,6±0,52. La correlación entre la planimetría valvular aórtica y la relación Fac/GM fue: r=+0,64 con una p<.0005. La ecuación de regresión fue Y=0.347+1.271X donde X= PVAo e Y =relación Fac/GM. **Conclusión.** La correlación entre la PVAo por eco TEE y la relación Fac/ GM por eco TT en la Eao es moderada por lo que si bien esta última relación puede ser un método alternativo no siempre es extremadamente preciso.



- 62. Anticoagulación en pacientes embarazadas con prótesis mecánicas.** Manuel Vázquez Blanco, David Xavier, Alfredo Kaminker, Lucas Izarduy, Gabriela Rodríguez, Viviana Brito, Hilda Ruda Vega, Avelino Barata, Jorge Lerman.

*División Cardiología, Sección Hemostasia y Trombosis y División Obstetricia. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Analizar la evolución fetal y curso del embarazo, parto y puerperio inmediato, en pacientes (p) con prótesis valvulares (PV), que recibieron distintos esquemas de ACO. **Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente 49 p consecutivas, con PV mecánicas. Se dividieron a las p en 2 grupos: **Grupo I (GI):** P que recibieron acenocumarol (A) en el 1º y 2º trimestre y **Grupo II (GII):** P que recibieron heparina (H) en el 1º trimestre y A en el 2º trimestre. En las semanas 34-35 todas recibieron H. El objetivo era un INR (International Normalized Ratio) de 2.5-3.5, durante el tratamiento con A; y un KPTT de 2-2.5 veces por encima del valor basal cuando recibían H. Se analizó y comparó la incidencia de complicaciones maternas y fetales con los distintos esquemas de ACO. **Resultados:** Diecinueve p recibieron A en el 1º y 2º trimestre (GI), y 30 recibieron H en el 1º trimestre y A en el 2º (GII). Veintiocho prótesis estaban en posición mitral, 12 en posición aórtica y 9 en ambas. De las 58 prótesis, 36 eran Bjork Shiley, 15 Medtronic Hall, 4 Saint Jude y 3 Starr Edwards. No hubo muertes maternas, ni malformaciones fetales. Tres p presentaron complicaciones trombóticas, 2 en el GI y 1 en el II (relacionadas con niveles inadecuados de ACO). Cuatro p presentaron complicaciones hemorrágicas (2 en cada grupo). La evolución fetal fue anormal en 10 p, 7 del GI (3 abortos, 1 muerte fetal intraútero y 1 retardo del crecimiento intrauterino), y 3 del II (1 aborto, 1 muerte fetal intraútero y un retardo de crecimiento intrauterino) ( $p < 0.05$ ). **Conclusiones:** El riesgo materno durante el tratamiento anticoagulante fue relativamente bajo, tanto con H como con A; sin embargo las p tratadas con A durante el 1º trimestre tuvieron mayor incidencia de complicaciones fetales.

- 63. Evolución materno fetal en mujeres con prótesis valvulares.** Vázquez Blanco Manuel, Grosso Oscar, Rodríguez Gabriela, Brito Viviana, Ruda Vega Hilda, Mieres Juan, Lerman Jorge.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** En embarazadas con enfermedad valvular cardíaca y reemplazo protésico (RP), el riesgo materno-fetal se halla incrementado. **Objetivo:** Comparar la evolución del embarazo (E), parto (P) y puerperio (Pu) en mujeres portadoras de prótesis valvulares, con embarazadas normales (EN). **Material y Métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva en 23 pacientes (p) consecutivas con RP (grupo I-GI), y en 54 EN (grupo II-GII): edad, días de internación (DI), evolución del E, P y Pu. En el recién nacido se consideraron la edad gestacional (EG), peso (Pe), y Apgar (A). **Resultados:** La edad media del GI fue de  $28.26 \pm 5.89$ , y en el GII de  $25.76 \pm 7.51$  años ( $p = 0.16$ ). En el GI, 14 prótesis se hallaban en posición mitral, 3 posición aórtica y 6 combinadas. El promedio de DI fue  $22.68 \pm 20.14$  días en el GI vs  $4.07 \pm 2.3$  en el GII ( $p = 0.001$ ). En las p. del GI se observaron 17% de complicaciones cardíacas (2 insuficiencias cardíacas, 1 disfunción protésica, 1 intoxicación digitalica) durante el E, y 2 síndromes anémicos agudos (8.7%) que requirieron transfusión en el Pu, no observándose complicaciones durante dichos períodos entre las EN ( $p = 0.006$  y  $p = 0.08$  respectivamente). No hubo diferencias en el tipo de P entre ambos grupos ( $p = 0.92$ ), así como tampoco en relación a la EG, A, y Pe del neonato. **Conclusiones:** El E en p. con RP puede lograrse con una baja incidencia de complicaciones materno-fetales.

- 64. Endocarditis infecciosa en una población hospitalaria. Sus complicaciones.** Berensztein SC, Volberg VI, Brunoldi R, Lanosa G, Vázquez Blanco M, Piñeiro D, Lerman J.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos.** Determinar las complicaciones en pacientes (p) con Endocarditis infecciosa (EI) en una población hospitalaria. **Métodos.** Se estudió, en forma retrospectiva, 28 p (15 hombres y 13 mujeres) con diagnóstico de egreso de EI internados en el servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital entre los años 1992 y 1998. Con edades entre 21 a 85 años (media 48.8). En esta población se evaluaron las complicaciones de los p con diagnóstico de EI según los criterios diagnósticos de la Universidad de Duke. Se realizó un estudio descriptivo con porcentajes y se calculó  $\chi^2$  considerándose una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa. **Resultados.** Complicaciones: 89%.

Complicaciones	Mitral	Aórtico	$\chi^2$	p
Precoces	10	5		
Tardías	1	2		
Mortalidad	0	3	4.48	0.03

De los 28 p., el 25% (7p) presentó falla de bomba (3p fallcieron y solo en 2p se realizó reemplazo valvular) y el 39,28%(11p) presentó algún fenómeno embólico. De estos últimos el 36,36%(4p) fueron eventos neurológicos, 27,27%(3p) renal y 36,36%(4p) otros. En el 83,33%(15p), estas complicaciones se presentaron en forma precoz y 6 p. requirieron reemplazo valvular. **Conclusión.** En esta población hospitalaria con un elevado índice de complicaciones, los p con EI aórtica experimentaron mayor mortalidad. Las complicaciones más frecuentes fueron precoces y resultaron ser la falla de bomba y las embolias.

- 65. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población de trabajadores a lo largo del tiempo.** Costa de Robert S., Vázquez Blanco M., Brito V., Lerman J.

*Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRC) en un grupo de trabajadores, residentes en la misma área, y evaluar su comportamiento en un período de 10 años. **Material y métodos:** Una población de 793 hombres, edad media 39.7, rango 20-59 años, estudiados en 1988 (GI), fueron comparados con otro compuesto por 851 individuos de igual sexo, edad media 37.3, rango 20-59 años, estudiados en 1998 (GII). La población se dividió en décadas analizándose la prevalencia de los siguientes FRC: hipertensión (H), tabaquismo (T), diabetes (D), hipercolesterolemia (HI), y obesidad (O). El Test de Chi 2 se empleó en el análisis comparativo. **Resultados:** En el análisis por décadas no se observaron diferencias en la distribución de los pacientes.

EDAD	% H.		% T		% D		% HI.		% O	
	GI	GII	GI	GII	GI	GII	GI	GII	GI	GII
20-29	17.3	15.4	*44	20	5	6	**64	58	15	17
30-39	1.5	2.7	*44	16	1	0.8	**46	37	4.4	7
40-49	11	12	*51	18	2.4	4.5	60	61	15	23
50-59	14	20	*42	24	3.5	6	73	74	21	22
50-59	48	55	34	28	13	13	81	72	20	17

\*\*p < 0.05 \*p < 0.01

**Conclusiones:** De acuerdo a nuestros resultados la prevalencia de H, D, y O no cambiaron a lo largo del período analizado. Sin embargo el hábito de fumar, y la prevalencia de HI resultaron significativamente menores en el GII. Información como la presente puede resultar de utilidad en la elaboración de planes de prevención.

- 66. Comparación entre el cálculo del porcentaje de masa grasa por sumatoria de cuatro pliegues e interacción infarroja.** De Girolami Daniel H, Ledesma Iris, Zavala Adolfo.

*División Nutrición. Área investigaciones. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** establecer si existen en adultos diferencias entre el porcentaje de grasa corporal total utilizando la sumatoria de los cuatro pliegues y la interacción infrarroja. **Población:** se incluyeron 61 pacientes, de ambos sexos (V=18; M=43), con edades comprendidas entre los 18 y 72 años, que concurrieron a la Sección Valoración Nutricional de la División Nutrición. **Materiales y Método:** la variable a controlar fue el porcentaje de grasa corporal total utilizando los resultados de la Sumatoria de 4 pliegues y la interacción infrarroja. **Diseño:** Observacional, transversal y prospectivo. **Procesamiento de datos:** el tratamiento estadístico fue realizado con Statistica (5.0). **Resultados:** se procedió a dividir la muestra en dos grupos, utilizando como corte el valor 30 para IMC, por ser el que determina el diagnóstico de obesidad independientemente del sexo; los resultados del análisis de la muestra se observan en la siguiente tabla:

	Int.Infrarroja	4 pliegues	Correlación	P
IMC < 30	30.83	31.04	0.82	0.001
IMC ≥ 30	40.35	40.42	0.55	0.05
Total	34.36 ± 7.5	34.52 ± 8.3	0.81	0.0001

El coeficiente de correlación entre las variables estudiadas fue de  $r = 0,81$  con alta significación estadística ( $p=0,0001$ ). En la muestra con un IMC <30;  $n=39$ , se obtuvo una buena correlación entre ambas variables ( $r=0,82$ ), en contraposición con los que tenían un IMC > 30;  $n=23$ , donde esa correlación y la significación estadística fueron menores ( $r=0,55 / P=0,05$ ). **Conclusiones:** En la muestra no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el % de grasa corporal total calculado por la sumatoria de los cuatro pliegues, y la interacción infrarroja usando la escala FIT y unificando la frecuencia, intensidad y tiempo en el valor mínimo. **Comentarios:** La interacción infrarroja ofrecería ventajas para la determinación de la grasa corporal total: la técnica es rápida y requiere poco entrenamiento, aunque es menos confiable en obesos. Estas características podrían ser tenidas en cuenta en un estudio de campo. En ese caso, la cantidad de personal entrenado para la toma de pliegues podría reducirse si, como lo muestra el presente trabajo, los individuos con IMC<30 son evaluados a través de interacción infrarroja unificando la escala de actividad física al valor mínimo.

#### 67. Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA). Un estudio histológico y su correlación bioquímica. Dal Zotto V., Manero E., Avagnina A., Krasniansky D., Daruich J., Findor J.A.

*Departamento de Patología y Sección Hepatología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** La EHNA se caracteriza por ser habitualmente asintomática y por presentar a nivel bioquímico elevación de las aminotransferasas y gammaglutamil transpeptidasa e histológicamente esteatosis, inflamación y, ocasionalmente, fibrosis que puede progresar a la cirrosis. Hasta el momento actual existen pocos sistemas de graduación para las lesiones histológicas. **Objetivo:** Evaluar en pacientes (pts) con diagnóstico de EHNA el sistema de graduación de las lesiones histológicas propuesto por Brunt y col. (Mod. Pathol. 1998, 11: A151) y correlacionar estas variables con los hallazgos bioquímicos. **Material y métodos:** Se incluyeron 63 pacientes con diagnóstico histológico de EHNA, 28 (44,4%) de sexo masculino en los que se determinaron los niveles de AST, ALT y GGT. Las lesiones histológicas fueron graduadas y estadiadas aplicando el score propuesto por Brunt y col. que evalúa semicuantitativamente: esteatosis (E), balonización hepatocitaria, inflamación acinar (IA) y portal (IP). La fibrosis se estadió como

0: ausencia, 1: en la zona acinar 3 ( focal/extensiva), 2: en la zona acinar 3 y portal/periportal (focal/extensiva), 3: con puentes y arquitectura nodular, 4: cirrosis. **Resultados:** En los 63 pts. incluidos se comprobó esteatosis (100%), E1 en 6 (9,52%), E2 en 26 (41,3%) y E3 en 31 (49,2%). La IA estuvo presente en todos los casos (100%), IA1 en 46 (73%), IA2 en 16 (25,4%), IA3 en 1 pt. (1,6%) mientras que la IP se observó en 43 (68,2%), siendo IP1 en 39 (62%) e IP2 en 4 (6,3%). La fibrosis estuvo presente en 61 pts. (97%), F1 en 37 (60,6%), F2 en 17 (28%) y F3-4 en 7 (11,4%). La ALT se encontró elevada en 54 casos (85,7%), la AST en 46 (73%) y la GGT en 40 (64%). No se pudo establecer una correlación entre la severidad de las lesiones histológicas y los niveles de enzimas hepáticas. **Conclusiones:** El sistema de graduación propuesto por Brunt resulta difícil de aplicar, ya que son múltiples las variables a evaluar por lo que sería conveniente expresarlas en forma independiente. Sugerimos validar su utilidad en un mayor número de pacientes y correlacionar sus hallazgos en estudios prospectivos sobre historia natural y/o terapéutica. Las alteraciones enzimáticas observadas no permitieron inferir la severidad de la lesión histológica presente en la EHNA.

#### 68. Impacto sobre los costos de un Consultorio de Evaluación Prequirúrgica en un sistema prepago. Machado, A., Galimberti. H. Catalano, HN.

*Consultorio de Evaluación Prequirúrgica. Servicio de Clínica Médica. Hospital Alemán. Buenos Aires. Argentina*

**Objetivo del estudio:** comparar la adherencia y los costos de un sistema de evaluación preoperatoria (basado en las evidencias de costo beneficio relacionadas a los estudios complementarios necesarios a cada situación clínica y/o quirúrgica) con respecto a la libre solicitud de estudios por parte de médicos clínicos o cirujanos. **Metodología:** se registraron la adherencia y los gastos de un nuevo Consultorio de Evaluación Prequirúrgica (CEPQ) en el sistema prepago del hospital en un período de 150 días; la adherencia expresada en número de pacientes (p) enviados al CEPQ con respecto al total de enfermos evaluados para una intervención quirúrgica y la diferencia entre los costos / p de ambos sistemas. **Resultados:** la adherencia de los médicos al sistema mostró que a los 30 días de implementado el CEPQ, de 124 p enviados al consultorio 54 p fueron al CEPQ sin solicitud de estudios (adherencia al sistema 54/124) a un costo de \$42.20 mientras que los que no ingresaron al CEPQ tuvieron un costo/p constante estimado en un mínimo de \$ 173,34. El CEPQ significó una disminución de los costos de 75.64 % (  $t = -29.9348 p < 0.000001$ ); a los 60 días: adherencia al sistema 85/155, costo/p \$ 30.30, disminución de costos 82,32% (  $t = 82.6635 p < 0.000001$ ); a los 90 días: adherencia al sistema 90/154, costos/p \$ 29.30, disminución de costos 83,10% (  $t = 121.3207 p < 0.000001$ ); a los 120 días adherencia al sistema 99/140, costos/p \$ 36.15, disminución de costos 79,15% (  $t = 113.2296 p < 0.000001$ ) y al final del período analizado adherencia al sistema 97/161, costos/p \$ 35.45, disminución de costos 80 % (  $t = 124.5128 p < 0.000001$ ). La adherencia al CEPQ no mostró diferencias significativas durante el período (  $X^2 5.6 p < 0.2$  ). **Conclusiones:** lo analizado sugeriría una evidente disminución de los costos a través de un CEPQ a pesar de no contar todavía con un significativo cambio en la adherencia al sistema.

#### 69. Uso de cateteres pediátricos para diálisis peritoneal (DP) en pacientes adultos. Vavich Rodolfo \*, Forlano Carlos \*, Marini Alicia \*, Nadal Miguel A.\*, De Rosa Marcelo \*, Arias Mariano \*, Montesinos Manuel \*\*, Ferreyra Sergio \*\*.

*División Nefrología\*, Departamento de Cirugía\*\*. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo del Estudio:** Los catéteres para DP de adultos tienen una longitud mayor que los pediátricos, por lo cual pueden

producir molestias pelvianas, quizás relacionado a su largo. Esto motivó el estudio de la dinámica de la DP y sus complicaciones asociadas al uso de catéteres pediátricos en pacientes adultos. **Metodología:** Entre 1994 y 1999 21 pacientes adultos con una edad media de 51 años (rango 20 – 85 años) fueron incluidos en un programa de DP. El peso de los pacientes fue media 63 kg (rango 42 – 82 kg), la altura media 164 cm (rango 145 – 175 cm) y la superficie corporal media 1.68 m<sup>2</sup> (rango 1.38 – 1.94 m<sup>2</sup>). A 20 pacientes se les colocó catéter Swan Neck Coil 2 cuff pediátrico y a un paciente un catéter recto pediátrico. El tiempo de seguimiento fue media 26 meses (rango de 3 a 50 meses). El implante se realizó mediante laparotomía mínima, con anestesia local, en flanco izquierdo o derecho. La ubicación de todos los catéteres fue en pelvis menor controlado con radioscopia intraoperatoria. **Resultados:** La tasa de peritonitis fue 1 episodio/28 meses/paciente. Se observaron 20 infecciones de sitio de salida y una migración de catéter. Ningún paciente refirió molestias pelvianas, dolor durante el ingreso o egreso de líquido de diálisis, sangrados, fugas pericatóter, ni obstrucción del catéter. **Conclusiones:** Los catéteres pediátricos pueden ser utilizados eficazmente en pacientes adultos en programas de DP.

#### 70. Modificación de la dosis de diálisis peritoneal monitoreada por kt/v de urea (kt/v) y clearance de creatinina semanal (CCR). Marini Alicia, Nadal Miguel A., Forlano Carlos, Vavich Rodolfo, De Rosa Marcelo.

*Sección Diálisis Peritoneal. División Nefrología. Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo del Estudio:** La dosis de Diálisis Peritoneal varía en cada paciente y depende fundamentalmente de la superficie corporal y de la presencia de diuresis residual. Como esta última puede reducirse en el curso de la evolución del tratamiento la dosis de Diálisis debe adecuarse periódicamente. La modificación de la adecuación de la dosis de Diálisis se basa en el Kt/V y en el Ccr. **Metodología:** En 9 pacientes adultos incluidos en un programa de Diálisis Peritoneal Continua, 4 hombres y 5 mujeres con una edad media de 46 años (rango 31 a 63 años) se realizó una prescripción inicial de dosis de Diálisis de 8 litros/día, repartidos en 4 intercambios de 2 litros c/u, con diferentes concentraciones de glucosa. Se determinó el Kt/V y el Ccr semanal inicial y de control para la adecuación de la dosis de Diálisis. **Resultados:** El Kt/V de urea inicial fue media 1.87 (rango 1.6 a 3.41) y el Ccr semanal inicial fue media 61.02 (rango 44.79 a 92.26). En 3 pacientes se aumentó el volumen de infusión a 10 litros/día, en 1 paciente a 12 litros/día y en 1 paciente a 14 litros/día. En los restantes no se modificó la prescripción inicial. Los valores posteriores a la adecuación fueron Kt/V media 2.34 (rango de 1.77 a 3.35) Ccr semanal media 68.96 (rango 48.46 a 103.1). **Conclusiones:** El incremento de la dosis de Diálisis cuando se produce una reducción de la diuresis residual es necesario para mantener un buen estado clínico del paciente y puede ser estudiado mediante el Kt/V de urea y Ccr.

#### 71. Modelo predictivo de mortalidad intrahospitalaria para pacientes con accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos. Sposato LA, Khoury M, Oujo GE, Muiños RD, Micheli F.

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

**Introducción:** Identificamos escasos estudios con modelos predictivos de mortalidad intrahospitalaria combinando variables clínicas, de laboratorio y tomográficas. Todos ellos incluyen variables, como el volumen del hematoma, que requieren cálculos complejos que muchos médicos pueden no estar entrenados para realizar. **Objetivos:** 1) Estimar mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ACVI y ACVH. 2) Identificar predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria analizando variables de uso habitual en la práctica asistencial (clínicas, de laborato-

rio y tomográficas) en pacientes con ACV. **Materiales y Métodos:** Estudio de Cohorte retrospectiva: pacientes internados en el Hospital de Clínicas "José de San Martín" entre el 1º de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 1999 con diagnóstico de ACV. Se aplicaron modelos de regresión logística múltiple. **Resultados:** Se analizaron datos de 239 pacientes con ACV (186 ACVI y 57 ACVH). Fallecieron 50 pacientes (20,92%), 27 con ACVI (14,52%) y 23 con ACVH (40,35%). Se identificaron modelos para 3 grupos de ACV (ACVI+ACVH, ACVI y ACVH). Variables del modelo para ACVI+ACVH: Glasgow de ingreso, compresión ventricular e hiponatremia (exactitud global: 87,97%). Variables del modelo para ACVI: las mismas (exactitud global: 93,65%). Variables del modelo para ACVH: Glasgow de ingreso y volcado ventricular (exactitud global: 82,14%). **Conclusión:** Identificamos, variables clínicas, de laboratorio y tomográficas de fácil determinación, capaces de predecir mortalidad intrahospitalaria de pacientes con ACVI y ACVH. Al ser un estudio retrospectivo cuenta con las limitaciones que eso implica. Los modelos fueron evaluados en la población de la cual se originaron.

#### 72. Tomografía por emisión de positrones con fluor deoxiglucosa (fdg-pet) en pacientes con derrame pleural y carcinoma broncogénico. Rossi Santiago<sup>1,2</sup>, Erasmus<sup>1</sup> Jeremy J., Mc Adams<sup>1</sup> Page, Goodman<sup>1</sup> Philip C., Coleman<sup>1</sup> Richard E., Patz<sup>2</sup> Edward F.

*<sup>1</sup>Duke University Medical Center, Durham, NC 27710 - USA <sup>2</sup>Fundación Dr. Enrique Rossi. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Determinar la habilidad del FDG-PET en la diferenciación entre derrames pleurales benignos y malignos en pacientes con carcinoma broncogénico. **Metodología:** Se estudiaron 25 pacientes con carcinoma primario broncogénico y derrame pleural en la tomografía computada que se realizaron FDG-PET. Dentro de este grupo 18 eran hombres y 7 mujeres. Los hallazgos de FDG-PET fueron correlacionados con los hallazgos patológicos.

**Resultados:** Todos los 25 pacientes estudiados presentaron derrame pleural en el hemitórax ipsilateral al tumor primario. Veintidós pacientes presentaron derrame pleural maligno confirmado por toracocentesis (n=19) o biopsia (n=3). El estudio de FDG-PET fue positivo en 21 pacientes y negativo en un paciente. Tres pacientes no presentaron evidencia de malignidad en el espacio pleural documentada por citología (n=2) o biopsia (n=1). La captación de FDG-PET fue positiva en un paciente y negativa en dos pacientes. La sensibilidad, especificidad y certeza del FDG-PET en la detección de metástasis pleurales fue de 95%, 62% y 92% respectivamente. **Conclusión:** El estudio de FDG-PET puede ser útil en la detección de metástasis pleurales, así como también en la estadificación de pacientes con carcinoma broncogénico y derrame pleural.

#### 73. Ausencia de transmisión de hepatitis b y c en una población de pacientes en hemodiálisis. Marini, Alicia; Daraio, María Elena

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

**Objetivo:** analizar las variaciones en los marcadores serológicos para hepatitis B y C en pacientes en hemodiálisis y la respuesta a la vacunación contra la Hepatitis B. **Metodología:** Se evaluaron los marcadores serológicos para hepatitis B y C en 54 pacientes en hemodiálisis crónica, la evolución de los mismos así como a la respuesta a la vacunación contra hepatitis B. El tiempo en diálisis fue de media de 31,6 meses. La población está compuesta por 54 pacientes adultos de los cuales todos son negativos para antígeno australiano, cinco pacientes tienen anticuerpos para virus C determinados por técnica de ELISA III, los cuales son positivos con anterioridad al ingreso al Servicio. Las determinaciones serológicas (anti HCV, HbsAg, anti HBc) se efectuaron cada tres meses excepto en caso de elevación de transaminasas en que se realizaron determinaciones fue-

ra de este esquema. En el procedimiento de diálisis se utilizaron normas de precaución universales ( uso de guantes, lavado de manos, etc.), aislamiento de los pacientes con serología positiva para hepatitis C, personal exclusivo para dichas salas, salas de reprocesamiento diferentes, desinfección de los equipos al finalizar cada diálisis, control serológico del personal y vacunación, dictado de cursos cada seis meses de entrenamiento en medidas de bioseguridad. Los pacientes recibieron vacunación contra hepatitis B con doble dosis de vacuna recombinante por vía intramuscular (deltoides) con un esquema de tres dosis (0, 1 y 6 meses). **Resultados:** En el período analizado no hubo positivos

para antígeno australiano ni nuevos para virus C. La población de pacientes con anticuerpos para virus C fue del 9,26% y se mantuvo estable. De los 54 pacientes, cinco se encuentran completando su esquema de vacunación, 49 tienen esquema completo, de los cuales 76% presentó desarrollo de anticuerpos. El resto no presentó seroconversión, debiendo repetirse el esquema. **Conclusiones:** En el período de tiempo estudiado no se ha registrado transmisión de hepatitis B ni C, atribuyéndose a las medidas de bioseguridad empleadas. De la población vacunada para hepatitis B el 76% de los pacientes desarrolló anticuerpos con la primer serie de vacunación.