

Revista Hospital Rawson

Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
Comité de Docencia e Investigación

Edición N°1. Volumen N°1
Diciembre 2020

San Juan, República Argentina





DIRECTORIO:

Director Ejecutivo:

Dr. Jorge Girón

Director Médico de Planificación y Gestión Asistencial:

Dra. Marianna Miguez

Director Administrativo:

CPN Mario Sanchez Linares

Director del Personal:

Lic. Ricardo Atencio Pizarro

Gerente Administrativa:

Lic. Erica Crosara

Gerente Contable:

CPN Cristina Videla

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Coordinadora

Dra. Liliana Echegaray

Comité Editorial

Dra. Baistrocchi Valentina

Lic. Jelves Isabel

Dra. Manzur Adriana

Dr. Orellano Juan Pablo

Dr. Ponce Javier

Dr. Rueda Sergio

Lic. Uriza Marta

Lic. Zamora Cristina

PRODUCCIÓN GRÁFICA:

Gabinete de Comunicación
y Prensa

Publicación digital semestral del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, que publica trabajos originales de la medicina y áreas relacionadas. El objetivo general es servir como medio de difusión y de actualización de conocimientos científicos en diferentes áreas de la medicina actual.

*Hospital Dr. Guillermo Rawson
Av. Rawson 494 (Sur). Capital. I CP: 5400 I
San Juan – República Argentina
Tel. 54-0264-4294700 I E-mail:
resvistahgrsj@gmail.com
www.hospitalrawson.sanjuan.gov.ar*

ÍNDICE

3 Prólogo

Echegaray, Liliana

4 Aplicación del Índice de Incapacidad Vocal al Personal de Admisión

*Basualdo Martínez, María Noel; Castro, Viviana
Andrea*

8 Colecistitis Aguda Hemorrágica Alitiásica en paciente con infección COVID-19

*Álvarez, Julieta; Zamora, Marianela; Silva, Jorge;
Affronti, Leonardo; Gempel, Juan Pablo;*

12 Endocarditis Infecciosa Protésica Tardía: Presentación Atípica

*Navarta Navarro, María de los Angeles; Maldonado, Laura
Florencia; Aguilera, Karin Vanesa; Tejada Balmaceda,
Stella Maris Elizabeth; Nadal, Nicolás Alejandro; Allende,
Juan Pablo; Ferreyra, Daniel Facundo; Ratner, Sergio
David; Castro, Segundo Agustín; D'Ovidio, Adrián Horacio.*

16 Guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Guillermo Rawson

*Montes de Oca, Viviana; Castillo, María Agustina; Vanina,
María Celina; Canónico, María Virginia.*

23 Síndrome de Prune Belly asociado a Hernia Diafragmática

*Guerra Videla, Mariana Denis; Azuri, Amira;
Baistrocchi, Valentina.*

26 Utilidad de la Colangioresonancia Nuclear Magnética en Coledocolitiasis Pediátrica

*Azuri, Amira; Guerra Videla, Mariana Denis;
Baistrocchi, Valentina.*



PRÓLOGO

La Revista Científica del Hospital Dr. Guillermo Rawson nace en el Comité de Docencia e Investigación como un ámbito necesario donde mostrar y reconocer las actividades científicas que se realizan en nuestro hospital.

En un año "especial" en el que la pandemia está afectando a comunidades de todo el mundo, de lo cual nuestra provincia no escapa, nos pareció que nunca ha sido más necesario acompañar y estimular a la comunidad hospitalaria a mostrar el trabajo y el esfuerzo científico realizado aún en épocas difíciles.

Quiero *felicitar* al equipo editor, formado por profesionales jóvenes pertenecientes al Comité de Docencia e Investigación y al Gabinete de Comunicación y Prensa del Hospital, que demostraron una gran capacidad para integrarse y eficaz plasticidad para trabajar en equipo, siguiéndome en este nuevo emprendimiento que sin ellos hubiera sido imposible de lograr. Agradezco el esfuerzo de todos los que nos enviaron trabajos y que no fueron seleccionados, y los insto a que nos acompañen en próximas publicaciones, en las que continuaremos todos en la búsqueda de la excelencia.

Al grupo Directivo del Hospital Rawson, mi mayor reconocimiento y gratitud por confiar en nosotros y brindarnos su apoyo incondicional ante el lanzamiento de este nuevo medio de comunicación hospitalaria. Nuestra ambición es que se convierta en un espacio de difusión y vínculo que aporte información y conocimiento para la comunidad científica hospitalaria, con el fin de contribuir a mejorar el sistema de salud.

Dra. Liliana Echegaray

Coordinadora Comité de Docencia e Investigación
Hospital Dr. Guillermo Rawson

Próxima Edición: Junio 2021

Recepción de trabajos a partir de Marzo 2021. Consultas y reglamento de publicación : revistahgrsj@gmail.com

Aplicación del Índice de Incapacidad Vocal al Personal de Admisión

| Basualdo Martinez María Noel

| Castro Viviana Andrea

Sección Fonoaudiología del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
San Juan - Argentina

Correspondencia: Lic. Basualdo Martinez María Noel

E-mail: marianoel.basualdo@gmail.com

RESUMEN

Introducción.

El personal con atención al público y los telefonistas, están dentro de las ocupaciones laborales con mayor sobrecarga vocal sin capacitación foniátrica previa y generalmente en condiciones inadecuadas. En consecuencia, generan patologías funcionales y orgánico-funcionales por el mal uso y abuso vocal.

El presente estudio tuvo como fin evaluar las dificultades en la fonación de dichos trabajadores, por lo que se llevó a cabo la aplicación del Índice de Incapacidad Vocal 10 (Voice Handicap Index 10).

Material y método:

Estudio transversal y descriptivo donde se incluyeron 47 empleados. Los resultados del Voice Handicap Index, aplicado al personal administrativo, fueron analizados por ítems y por grado de severidad.

Resultados:

El 83% de los empleados percibió dificultades en la producción vocal, la incapacidad vocal de este sector va de leve a moderado.

Discusión:

La voz es la herramienta de trabajo principal de estos trabajadores, no obstante, no están capacitados para usarla y cuidarla de manera eficiente.

Palabras Claves:

Voice Handicap Index, personal administrativo, fonación.

INTRODUCCIÓN

La voz es una habilidad fundamental para la comunicación y en muchos casos es la principal herramienta de trabajo. La eficiencia comunicativa dependerá en gran parte de una adecuada coordinación fono-respiratoria a fin de sostener su discurso. Si ésta se ve alterada trae como consecuencia fatiga vocal con síntomas como sequedad de la boca, carraspeo, tos, entre otros⁽¹⁾.

Por ello el reconocimiento temprano de dificultades y cambios en la fonación es importante para recuperar la salud vocal (entendida también bien como eficiencia vocal)⁽²⁾ o para detectar un problema médico importante.

Para los empleados ésta habilidad puede sentirse alterada por falta de conocimiento de una correcta técnica de producción vocal, la falta de profilaxis vocal y por condiciones ambientales desfavorables⁽³⁾.

Las enfermedades que tienen como agente la sobrecarga vocal, incluidas en la ley 24557 son: A) Disfonía que se intensifica durante la jornada de trabajo y que recurre parcial o totalmente durante los períodos de reposo o vacaciones, sin compromiso anatómico de las cuerdas vocales. B) Disfonía persistente que no remite con el reposo y que se acompaña de edema de cuerdas vocales. C) Nódulos de las cuerdas vocales⁽³⁾.

Aplicación del Índice de Incapacidad Vocal al Personal de Admisión

| Basualdo Martinez María Noel

| Castro Viviana Andrea

El Voice Handicap Index 30 (VHI-30) es un cuestionario desarrollado por Jacobson a fin de cuantificar la autopercepción del impacto funcional, emocional y social de las dificultades vocales del paciente ⁽⁴⁾. El VHI-30 ha sido evaluado frente a otros cuestionarios, concluyendo que es el más versátil y fácil de completar para la persona y es el que contiene la información más relevante acerca de la calidad de vida relacionada con la voz ⁽⁵⁾.

Más tarde, fue abreviado por Rosen y Murry en el año 2004, seleccionando 10 preguntas de los subgrupos del VHI 30, los resultados sugieren que esta versión proporciona información similar al cuestionario original. En la versión acortada (VHI-10) las preguntas 1 a 5 reflejan el aspecto funcional, 6, 7 y 10 el aspecto físico, mientras que las preguntas 8 y 9 el rubro emocional ⁽⁵⁾.

Dicho cuestionario de autovaloración fue validado al español en la publicación del año 2007 en el Acta Otorrinolaringológica Española por Núñez Batalla y su grupo. En éste artículo, se recomienda la utilización del VHI 10 como “una herramienta robusta pero más fácil de completar y

Por dichos antecedentes, se seleccionó el VHI 10 para evaluar y analizar las dificultades percibidas por los administrativos con atención al público del sector de Admisión del Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson que puedan alterar la eficiencia vocal, así detectar y prevenir patologías vocales, concientizando el cuidado de la salud vocal.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio transversal y descriptivo se realizó en hombres y mujeres, de entre 23 a 60 años, tomando como único criterio de inclusión que sean empleados del Departamento de Admisión, desempeñando tareas administrativas de atención al público de manera presencial o telefónica, del establecimiento de salud Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan, Argentina. La muestra contó con 47 empleados, quienes respondieron el cuestionario Índice de Incapacidad Vocal 10 (VHI 10) traducida al español (Figura 1) el cual se les proporcionó con el objetivo de evaluar las dificultades que presentan para la emisión vocal, a la hora de recibir al público en el

Instrucciones: las siguientes afirmaciones han sido usadas por muchos pacientes para describir sus voces y los efectos de sus alteraciones en la vida diaria. Marque con un círculo la respuesta que indica que usted tiene la misma experiencia

F1. La gente me oye con dificultad debido a mi voz	0	1	2	3	4
F2. La gente no me entiende en sitios ruidosos	0	1	2	3	4
F8. Mis problemas con la voz alteran mi vida personal y social	0	1	2	3	4
F9. Me siento desplazado de las conversaciones por mi voz	0	1	2	3	4
F10. Mi problema con la voz afecta al rendimiento laboral	0	1	2	3	4
P5. Siento que necesito tensar la garganta para producir la voz	0	1	2	3	4
P6. La calidad de mi voz es impredecible	0	1	2	3	4
E4. Mi voz me molesta	0	1	2	3	4
E6. Mi voz me hace sentir cierta minusvalía	0	1	2	3	4
P3. La gente me pregunta: ¿qué te pasa con la voz?	0	1	2	3	4

Figura 1: Cuestionario VHI 10 traducida al Español, realizado por el Área de Vocología - Sección de Fonoaudiología.

Aplicación del Índice de Incapacidad Vocal al Personal de Admisión

| Basualdo Martinez María Noel

| Castro Viviana Andrea

El presente estudio fue iniciativa del Área de Vocología, Sección de Fonoaudiología, con el conocimiento de la Jefa de la sección de Fonoaudiología, Jefe del Servicio de Otorrinolaringología, Jefe del Departamento de Admisión y Directivos del Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, el cual se realizó en los meses de Marzo y Abril del año 2019.

Luego de analizar los resultados se citó al personal que consideramos con riesgo de patología vocal y se les realizó una anamnesis, y a quienes fue necesario, una posterior evaluación de la habilidad fonatoria y una evaluación según la escala perceptual RASATI ⁽⁶⁾. En esta instancia se interrogó sobre las limitaciones y dificultades para comunicarse, de manera eficiente, con los pacientes en el nosocomio.

El VHI-10 clasifica la incapacidad vocal en leve (10 puntos o menos), moderada (11 a 20 puntos), severa (21 a 30 puntos) y grave (31 a 40 puntos) ⁽⁷⁾.

RESULTADOS

En el Gráfico 1 se observan los resultados arrojados por el Voice Handicap Voice de cada trabaja-

dor, indicando el Grado de Severidad en la distribución de la muestra.

El 66% tiene un hándicap Leve, mientras que el 17% de la muestra presentó un hándicap Moderado.

Al analizar por ítems, como muestra el Gráfico 2, el 43% del personal indica que "Algunas veces" tiene dificultades para ser entendido en sitios ruidosos, mientras que el total de empleados que manifestaron dicha dificultad es el 79%. Otro de los ítems más seleccionados fue "La gente me oye con dificultad debido a mi voz" con un total de 40,4%. Mientras que un 23,4% siente que "necesita tensar la garganta" para producir la voz.

Al citar a los administrativos con riesgo de patología vocal, para realizar la anamnesis correspondiente, referían fatiga vocal por condiciones ambientales desfavorables como por ejemplo, competir con el ruido ambiente, hablar detrás del vidrio del mostrador sin micrófono, además de no tener el conocimiento sobre técnicas vocales adecuadas a sus necesidades.

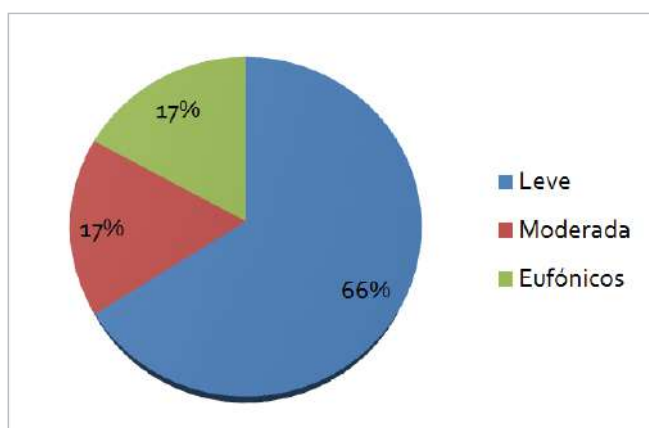


Gráfico 1: Grado de Severidad en la distribución de la muestra.

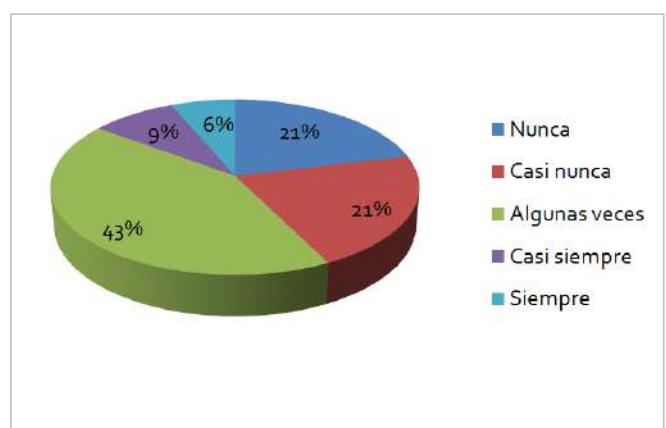


Gráfico 2: Ítem "La gente no me entiende en sitios ruidosos"

Aplicación del Índice de Incapacidad Vocal al Personal de Admisión

| Basualdo Martinez María Noel

| Castro Viviana Andrea

DISCUSIÓN

Existen diversos factores, tanto personales como ambientales, que influyen en el desempeño laboral de estos empleados.

Los factores personales incluyen conductas de abuso y mal uso vocal por falta de conocimiento de una correcta técnica de fonación y de los cuidados de profilaxis vocal. Los factores ambientales también inciden, como el ruido ambiente del entorno, la falta de condicionamiento acústico y las exigencias laborales.

En el Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, el 83% del personal administrativo con atención al público, manifiesta dificultades en la producción vocal durante su horario de trabajo, reflejando la necesidad de recibir las herramientas necesarias para identificar los síntomas que impacten en la calidad de la voz, evitar patologías vocales y lograr una voz eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ceconello L. Tópicos Iberoamericanos en Voz Cantada y Hablada. Vol I. Córdoba, Argentina: Editorial FIVCH; 2012.
2. Farías P. La disfonía ocupacional. Buenos Aires, Argentina: Editorial AKADIA; 2012.
3. Barmat de Mines A, Ramos L., Balderiote F, Parente S. El poder creativo de la voz en el uso profesional. Buenos Aires, Argentina: Editorial AKADIA; 2011.
4. Núñez-Batallaa F, Corte-Santosb P, Señaris-González B, Llorente-Pendása J. L, Górriz-Gilc C. y Suárez-Nieto C. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. Acta Otorrinolaringológica Española. 2007; Volumen58, Issue 9: 386-392.
5. Javier Barbero-Díaz F, Ruiz-Frutos C, Mendoza A. B, Bejarano Domínguez E y Alarcón Gey A. Incapacidad vocal en docentes de la provincia de Huelva. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo [Internet]. 2010 [citado 8 de noviembre 2020]; Vol 56 N° 218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2010000100004
6. Farías P. Guía clínica para el especialista en Laringe y Voz. Buenos Aires, Argentina, Editorial AKADIA ; 2016.
7. Moreno-Padilla R, Neme-Tovilla D. G, Flores-Moro A. Evaluación del grado de disfonía pre y posquirúrgica mediante el índice de incapacidad vocal en pacientes adultos con lesiones benignas de laringe. An Orl Mex [Internet]. 2014 [citado 9 de noviembre 2020]; Vol 59: 151-157. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2014/aom143a.pdf>

Colecistitis Aguda Hemorrágica Alitiásica en paciente con infección COVID-19

| Álvarez, Julieta | Zamora, Marianela | Silva, Jorge | Affronti, Leonardo | Gempel, Juan Pablo

Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Guillermo Rawson. San Juan. Argentina.

Correspondencia: Alvarez, Julieta

E-mail: julialvarezp@gmail.com

RESUMEN

Introducción:

La pandemia por el nuevo coronavirus, (COVID-19), ha generado más de 10 millones de contagios en el mundo, registrándose en Argentina 1.195.276 personas infectadas, con alrededor de 32.052 muertes.

El impacto generado por esta enfermedad, ha llevado a analizar detalladamente su amplio espectro de síntomas, que varían desde infecciones respiratorias leves, hasta síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) y trastornos de la coagulación como CID (coagulación intravascular diseminada), diátesis hemorrágica, y tromboembolismos.

Presentación de caso:

Paciente de 63 años, covid-19 positivo, con trastornos de coagulación durante la internación de su enfermedad. Presentando posterior a alta médica, cuadro de colecistitis aguda hemorrágica alitiásica.

Conclusiones:

Encontramos una relación entre los trastornos coagulopáticos descritos previamente por la infección por SARS-CoV-2, y la colecistitis hemorrágica de nuestro paciente.

Palabras Claves:

Covid-19, SARS-CoV-2, Colecistitis Aguda Hemorrágica, Coagulación intravascular diseminada.

INTRODUCCIÓN

El brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causado por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), fue declarado como una pandemia en marzo de 2020. Las tasas de letalidad se estiman entre 1% y 3%, afectando principalmente a los adultos mayores y a aquellos con comorbilidades, como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y cáncer⁽¹⁾.

El curso de la COVID-19 es variable y va desde la infección asintomática hasta la neumonía grave que requiere ventilación asistida y es frecuentemente fatal⁽²⁾.

Entre las complicaciones más comunes de la COVID-19 se menciona la neumonía, presente en todos los casos graves, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), la miocarditis, el daño renal agudo y las sobreinfecciones bacterianas, frecuentemente en la forma de shock séptico⁽³⁾.

Los trastornos de la coagulación, expresados por la prolongación del tiempo de protrombina, el aumento del dímero D y la disminución en el recuento de plaquetas, han llevado a pensar que la coagulación intravascular diseminada (CID) es uno de los fenómenos comunes en los casos graves, por lo que algunos recomiendan anticoagu-

Colecistitis Aguda Hemorrágica Alitiásica en paciente con infección COVID-19

| Álvarez, Julieta | Zamora, Marianela | Silva, Jorge | Affronti, Leonardo | Gempel, Juan Pablo

lación temprana. El compromiso de múltiples órganos se expresa por la alteración de las pruebas bioquímicas, como la elevación de las aminotransferasas, deshidrogenasa láctica, creatinina, troponinas, proteína C reactiva y procalcitonina^(4,5).

Recientemente, una serie de casos ha informado que la injuria hepática es un trastorno frecuente, aunque transitorio y no grave, como complicación de COVID-19. Los autores informaron que en estos pacientes, más tarde se observó colestasis. Se planteó la hipótesis de que la colestasis puede estar asociada a varios factores, como inflamación, nutrición parenteral o toxicidad por fármacos^(6,7).

OBJETIVO:

Presentar un caso infrecuente de un paciente que cursó con infección por SARS-COV-2, y presenta como complicación tardía, colecistitis aguda hemorrágica alitiásica que requirió intervención quirúrgica de urgencia.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente de 63 años, caucásico, ex tabaquista, es traído al servicio de urgencias el 01/06/2020, por presentar fiebre $>38^{\circ}$ C y tos, posterior al contacto, con personal de salud con test positivo para COVID-19.

Posterior a su internación en sala común, comienza con dificultad respiratoria y deterioro del estado general, por lo que es sometido a intubación orotraqueal en cuidados intensivos. Se encontraba tendiente a la hipotensión con nora-drenalina, diátesis hemorrágica, CID y fallo renal.

Durante su internación, se colocó plasma de convaleciente con buena tolerancia, antibioticoterapia, lopinavir, ritonavir y enoxaparina profilaxis. Por buena evolución, luego de 36 días de internación en terapia intensiva, es dado de alta con internación domiciliaria.

A continuación, se detalla los valores de laboratorios al ingreso y egreso de terapia intensiva.

Tabla I

Laboratorio de ingreso y egreso del paciente durante su internación con infección por SARS-COV-2

	Ingreso	Egreso	Valor de referencia
GB	7.1 K/ul	3.9	4.1-10.9 K/ul
PL	75.000 K/ul	158.000	140-440 K/ul
GR	2.9 M/UI		4.2-6.3 M/uL
HB	8.8 g/dl	8.7	12-18 g/dl
HTO	29.5 %	26	37-31 %
TP	18 seg	11 seg	14-21 seg
KPTT	25 %	67%	70-100 %
FCVIII	61.5%		70-120 %

Se aprecia una plaquetopenia de ingreso, que corrige al alta médica, al igual que los valores de kptt. Mantuvo valores de hemoglobina bajos, tanto al ingreso como egreso y leve descenso de valores de tromboplastina. Fuente: valores de referencia del laboratorio central del Htal Dr. Guillermo Rawson. GB: glóbulos blancos, PL: plaquetas, GR: glóbulos rojos, HB: hemoglobina, HTO: hematocrito, TP: tiempo de protrombina, KPTT: tiempo de tromboplastina parcial activada, FCVII: factor VII de coagulación.

Colecistitis Aguda Hemorrágica Alitiásica en paciente con infección COVID-19

| Álvarez, Julieta | Zamora, Marianela | Silva, Jorge | Affronti, Leonardo | Gempel, Juan Pablo

Dos meses luego de su recuperación, comienza con cuadro de dolor abdominal agudo localizado en hipocondrio derecho, se realiza analítica que informa enzimas hepáticas dentro de rango normal, glóbulos blancos normales, anemia moderada.

Ecografía abdominal: evidencia vesícula biliar aumentada de tamaño 140 X 58 mm, paredes engrosadas de 4 mm, en su interior abundante sedimento biliar, con líquido peri vesicular, cuadro compatible con colecistitis aguda alitiásica, con peritonitis biliar.

Informe de tomografía:

Vesícula biliar distendida, de contenido heterodenso. No se observa alteración significativa del tejido peri vesicular. Mide 12cm de diámetro longitudinal.

Se decide colecistectomía de urgencia, con abordaje laparoscópico.

Se evidencia en el intraoperatorio hígado congestivo, por lo que se toman 3 muestras con trucut del segmento IV, con posterior envío a anatomía patológica por diferido. La Vesícula biliar de paredes engrosadas, con adherencias colecistoepiploicas, alitiásica, con abundante contenido hemático (coágulos friables), como se observa en las imágenes (Figura 1).

Colangiografía intraoperatoria, evidencia buen pasaje de contraste a duodeno, vía biliar intra y extrahepática sin alteraciones.

Anatomía patológica de pieza quirúrgica informa, hallazgos compatibles con colecistitis aguda y hepatitis en resolución.



Figura 1: Imagen intraoperatoria de pieza quirúrgica, se observa vesícula biliar de paredes engrosadas, congestiva, con abundantes coágulos friables en su interior (flecha).

Colecistitis Aguda Hemorrágica Alitiásica en paciente con infección COVID-19

| Álvarez, Julieta | Zamora, Marianela | Silva, Jorge | Affronti, Leonardo | Gempel, Juan Pablo

DISCUSIÓN:

La colecistitis hemorrágica es una complicación rara de la colecistitis, que con frecuencia se asocia con colelitiasis y resulta en una alta tasa de mortalidad.

Por tanto, está claro que los trastornos de la coagulación están implicados en las complicaciones relacionados con la infección por SARS-CoV-2, aunque aún no está descrito ningún caso de colecistitis hemorrágica alitiásica⁽⁸⁾.

En nuestro paciente no se vieron cambios en la analítica de transaminasas, Alanina aminotransferasa y Aspartato aminotransferasa, pero sí se observó una presunta hepatitis en resolución en el hallazgo de anatomía patológica.

No se encontró evidencia bibliográfica suficiente respecto a la colecistitis hemorrágica alitiásica encontrada en nuestro paciente y la infección por Covid 19. Se cree que tendría relación su patogénesis, con el desequilibrio de factores de la coagulación descritos en diversos estudios por la infección por SARS-CoV-2, sumado al tratamiento prolongado con Heparina, profilaxis que recibió el paciente^(9,10).

Se necesitan más estudios que demuestren la relación de la infección viral Covid -19 con el proceso de infección y hemorragia vesicular encontrada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708–20. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Chaomin wu
2. Xiaoyan Chen, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020;58(4):713–4.
3. Cardoso FS, Pereira R, Germano N. Liver injury in critically ill patients with COVID-19: a case series. *Crit Care*. 2020;24(1):190
4. Bruni A, Garofalo E et al. Histopathological findings in a COVID-19 patient affected by ischemic gangrenous cholecystitis. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15:43.
5. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507–13.
6. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18(4):844–7.
7. Zhang Y, Xiao M, Zhang S, Xia P, Cao W, Jiang W, et al. Coagulopathy and antiphospholipid antibodies in patients with Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(17):e38.
8. Calvo Espino C, Cabezas PC, Cubedo MDJ et al: Perforated hemorrhagic cholecystitis. *Spanish Surgery*, 2014; 94(2).
9. Morris DS, Porterfield JR, Sawyer MD: Hemorrhagic cholecystitis in an elderly patient taking aspirin and cilostazol. *Case Rep Gastroenterol*, 2008; 2(2): 203–7
10. Iki K, Inada H, Satoh M, Tsunoda T: Hemorrhagic acalculous cholecystitis associated with hemodialysis. *Surgery*, 2002; 132(5): 903

Endocarditis Infecciosa Protésica Tardía: Presentación Atípica

Navarta Navarro, María de los Angeles	Maldonado, Laura Florencia	Aguilera, Karin Vanesa
Tejada Balmaceda, Stella Maris Elizabeth	Nadal, Nicolás Alejandro	Allende, Juan Pablo
Ferreyra, Daniel Facundo	Ratner, Sergio David	Castro, Segundo Agustín
D´Ovidio, Adrián Horacio		

Servicio Cardiología del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
San Juan - Argentina

Correspondencia: Tejada Balmaceda, Stella Maris Elizabeth

Email: stellatejada89@gmail.com

RESUMEN

Introducción

La endocarditis infecciosa de válvula protésica es poco frecuente según su prevalencia, siempre debe sospecharse en un paciente que tiene reemplazo valvular y presentó episodio febril.

Materiales y métodos

Consultó a nuestro nosocomio paciente de 63 años que tenía como antecedente quirúrgico reemplazo valvular metálico aórtico hace 3 años, manifiesta desorientación temporoespacial, afasia de expresión, fiebre y diaforesis desde hace 7 días. Fue interpretado en primera instancia como síndrome confusional agudo por Meningoencefalitis, se realizó Tomografía computada de cerebro y Punción Lumbar, descartándose dicha sospecha clínica. Posteriormente ante el abordaje de equipo multidisciplinario se sospechó Endocarditis Infecciosa, se realizaron cultivos aislándose estafilococo con posterior inicio de tratamiento empírico antibacteriano hasta la obtención del antibiograma, rotándose el mismo según la sensibilidad del germen. Tras la valoración por Endocarditis Team (Médicos Clínicos, Neurólogos, imagenólogos, Infectólogos, Cardiólogos, Cirujanos Cardiovasculares), se decide su traslado al Servicio de Cardiología donde tras la realización de ecocardiograma transtorácico y transesofágico se confirmó el diagnóstico de Endocarditis infecciosa protésica e insuficiencia valvular severa y se decide resolución quirúrgica además de la antibioticoterapia pertinente, tras procedimiento quirúrgico en material protésico se aisló *Actinomyces* como germen causante de Endocarditis por lo que se agrega a la antibioticoterapia Penicilina sodica. Presentó buena evolución clínica el paciente siendo dado de alta tras completar esquema antibiótico.

Discusión

Fue de vital importancia el abordaje multidisciplinario, ya que se realizó el diagnóstico pertinente y terapéutica adecuada posteriormente a la sospecha de esta entidad clínica por el antecedente quirúrgico del paciente.

Palabras Claves

Endocarditis, fiebre, reemplazo valvular

Endocarditis Infecciosa Protésica Tardía: Presentación Atípica

Navarta Navarro, María de los Angeles	Maldonado, Laura Florencia	Aguilera, Karin Vanesa
Tejada Balmaceda, Stella Maris Elizabeth	Nadal, Nicolás Alejandro	Allende, Juan Pablo
Ferreyra, Daniel Facundo	Ratner, Sergio David	Castro, Segundo Agustín
D´Ovidio, Adrián Horacio		

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección del endocardio predominantemente valvular, secundaria a la colonización por vía hematógena de microorganismos como bacterias, clamidias, rickettsias, micoplasmas, hongos o virus. Se clasifica según su ubicación: válvula nativa izquierda (aguda, subaguda y crónica), válvula protésica izquierda (temprana y tardía), válvula derecha, EI relacionada con dispositivos (marcapasos, cardiodesfibriladores).

La presentación clínica es muy variada, incluyendo fiebre, escalofríos, mialgia, artralgia, pérdida de peso, hiporexia, disnea, cefalea, déficit neurológico, fenómenos vasculares, fenómenos inmunológicos, etc. De ahí la importancia de sospechar EI como causa de fiebre, al igual que soplos cardiacos nuevos, presentes en 85% de los casos, entre otra sintomatología que nos acerquen al diagnóstico definitivo; el cual sigue siendo un gran desafío clínico, con múltiples complicaciones como insuficiencia cardiaca, sepsis, embolias, entre otras; que pueden comprometer la vida del paciente y por ende, exigiendo la participación de un “Endocarditis Team”, conformado por diferentes profesionales (internistas, cardiólogos, cardiocirujanos, infectólogos, imagenólogos, hematólogos, neurólogos, etc.), para el adecuado diagnóstico y abordaje de esta patología⁽¹⁾.

Es por eso que queremos compartir un caso de endocarditis de válvula protésica tardía ya que es una entidad poco frecuente, según registros puede alcanzar el 12%, pero con una signo-sintomatología de relevancia como fiebre (90% presente en EI) y déficit neurológico que puede ser interpretado como meningitis u otros cua-

droso infecciosos que justifiquen esta presentación clínica como diagnósticos diferenciales².

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 63 años, con antecedentes patológicos de estenosis aórtica severa con reemplazo valvular metálico en posición aórtica (2017) quedando anticoagulado desde esa fecha; que ingresa al servicio médico de urgencia por desorientación temporoespacial, afasia de expresión, fiebre y diaforesis de 1 semana de evolución. Al examen físico presentaba: R1 Normofonético, R2 metálico componente aórtico, sin R3 ni R4, soplo en foco aórtico sistodiastólico 3/6 con irradiación a cuello, sin edema, ni ingurgitación yugular, hipoventilación bibasal, Glasgow 14/15 (motor 6, Verbal 4, Ocular 4), Desorientación en espacio, Hemiparesia braquiocrural 4/5, Afasia de expresión, ROT conservados, Pupilas isocóricas reactivas y petequias en ambas conjuntivas oculares.

Ingresa al servicio de clínica médica con diagnóstico de Síndrome confusional agudo por Meningoencefalitis como diagnóstico principal, en analítica se evidencia leucocitosis, anemia, plaquetopenia e hiponatremia. Se realiza punción lumbar sin alteraciones, descartándose dicho diagnóstico. También se realiza TAC cerebral donde servicio de imágenes descarta evento isquémico y/o hemorrágico. El paciente es valorado por infectología, se realiza Hemocultivo x 3 y Urocultivo, y se inicia antibioticoterapia empírica (ampicilina + gentamicina + cefazolina) por sospecha de EI. Se aísla en HC 2/3 para estafilococo rotándose esquema antibiótico según antibiograma a Cefazolina + Vancomicina, y se con-

Endocarditis Infecciosa Protésica Tardía: Presentación Atípica

Navarta Navarro, María de los Angeles	Maldonado, Laura Florencia	Aguilera, Karin Vanesa
Tejada Balmaceda, Stella Maris Elizabeth	Nadal, Nicolás Alejandro	Allende, Juan Pablo
Ferreyra, Daniel Facundo	Ratner, Sergio David	Castro, Segundo Agustín
D´Ovidio, Adrián Horacio		

voca al “Endocarditis team” para determinar conductas a seguir. Se decide pase a UCIC para monitoreo continuo y realización de ecocardiograma transtorácico y transesofágico donde se confirma diagnóstico de EI protésica tardía con insuficiencia valvular protésica severa; decidiendo en conjunto con servicio de cirugía cardiovascular realizar el reemplazo valvular por prótesis metálica N° 23 en posición aortica y culminar antibióticoterapia.

Se rescata en cultivo de material protesico Actinomyces, por lo que se agrega Penicilina sódica a la antibioticoterapia. Presentando buena evolución en el post operatorio inmediato, se otorga alta hospitalaria al culminar antibioticoterapia y seguimiento por consultorio externo de cardiología.



Figura 1: Ecocardiograma Transesofágico 2D vista medioesofágica, 3 cámaras, a 90 grados: Evidencia válvula protésica aórtica con velocidades aumentadas y regurgitación severa, presencia de imágenes compatibles con panus, leaks o vegetación, las mismas sugieren endocarditis protésica con complicación perivalvular e insuficiencia valvular severa.

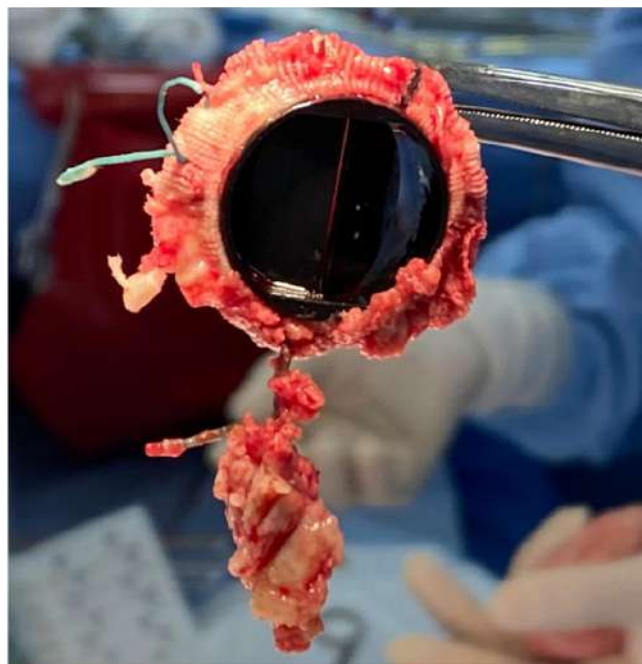


Figura 2: Pieza quirúrgica: Válvula protésica mecánica doble disco con presencia de vegetación adherida a la misma

Endocarditis Infecciosa Protésica Tardía: Presentación Atípica

Navarta Navarro, María de los Angeles	Maldonado, Laura Florencia	Aguilera, Karin Vanesa
Tejada Balmaceda, Stella Maris Elizabeth	Nadal, Nicolás Alejandro	Allende, Juan Pablo
Ferreyra, Daniel Facundo	Ratner, Sergio David	Castro, Segundo Agustín
D´Ovidio, Adrián Horacio		

DISCUSIÓN:

Debido a la presentación clínica de nuestro paciente que debuta de manera tardía con foco neurológico, es necesario recalcar la importancia del abordaje multidisciplinario para lograr un diagnóstico precoz y tratamiento exitoso, a través del Endocarditis Team (Médicos Clínicos, Neurólogos, imagenólogos, Infectólogos, Cardiólogos, Cirujanos Cardiovasculares) en casos de presentaciones atípicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casabé JH, Giunta G, Varini S, Barisani JL, Guerchi JP, Luna MA; Consenso de endocarditis infecciosa; Rev Arg Cardiol Vol 84, 2016, 2-12.
2. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F; The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology; Eurheartj Vol 319, 2015, 4-50.

Guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Guillermo Rawson

| Montes de Oca Viviana | Castillo María Agustina | María Celina Vanina | María Virginia Canónico

Servicio Hematología y Hemoterapia Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
San Juan - Argentina

Correspondencia: María Virginia Canónico

E-mail: virginiaanonico@gmail.com

RESUMEN:

La Enfermedad Tromboembólica Venosa es la primera causa de muerte prevenible en pacientes hospitalizados e incluye un solo proceso patológico con dos componentes esenciales: tromboembolismo de pulmón y trombosis venosa profunda.

En el contexto de educación médica continua del Servicio, se redactaron Guías locales, basándonos en Guías nacionales e internacionales de profilaxis de Enfermedad tromboembólica con el objetivo de protocolizar el uso de las medidas preventivas en el Hospital, para ser aplicado en la práctica diaria de manera ágil y sencilla.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE) es la primera causa de muerte prevenible en pacientes hospitalizados e incluye un solo proceso patológico con dos componentes esenciales: tromboembolismo de pulmón (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP).

La mortalidad es del 6-10%, pero puede alcanzar el 25-30% en los casos no diagnosticados y no tratados⁽¹⁾.

Cabe destacar que la ETE es la tercera causa de morbilidad cardiovascular después de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular⁽¹⁾.

Ya en 1975 Dalen y colaboradores⁽²⁾, sobre la base de diversos factores epidemiológicos y hallazgos patológicos, resumieron una historia natural para la enfermedad tromboembólica. La mayoría de los decesos se producen en las primeras horas. En este grupo de temprana mortalidad solamente la profilaxis la disminuirá en forma significativa. Esta situación refuerza la necesidad de mejorar la prevención.

Las principales patologías que se asocian con

factores de Riesgo son: Neoplasia activa, edad > a 40 años, infección aguda, antecedentes de ETE, enfermedad neurológica con déficit motor agudo, insuficiencia cardíaca, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar, Enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad reumática aguda^(3,4).

Las cirugías, especialmente las traumatológicas mayores (artroplastia de cadera, rodilla y fractura de cadera) las abdominales oncológicas aumentan el riesgo trombótico considerablemente, sin profilaxis la incidencia de ETE en los primeros 14 días es 2,8%^(5,6).

Los pacientes internados por patología médica aguda aumentan 8 veces el riesgo relativo de ETE⁽⁶⁾.

Durante el embarazo y puerperio la incidencia es de 0,5-2,2/1000, dependiendo de la edad, Índice de masa corporal, infección severa, hemorragias, embarazos múltiples⁽⁶⁾, etc.

Todo paciente que se interna conlleva riesgo de padecer enfermedad tromboembólica y este aumenta con la edad por el aumento de factores procoagulantes. El sexo masculino presenta

Guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Guillermo Rawson

| Montes de Oca Viviana | Castillo María Agustina | María Celina Vanina | María Virginia Canónico

presenta mayor incidencia de recurrencia de TVP y la obesidad mayor prevalencia de TVP idiopática y de recurrencia de TEP

El paciente con cáncer tiene aumento entre 6 a 10 veces el riesgo de ETE.

El objetivo de estas Guías es la Normalización de la profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Rawson.

La formulación de las Guías se confeccionó en base a:

- Características del paciente: sexo, edad, obesidad, consumo de estrógenos, patologías preexistentes, etc.
- Enfermedad causante de la internación: clínica o quirúrgica; oncológica o no oncológica.
- Factores externos: reposo, catéteres, etc.

Cada paciente debe ser evaluado según los siguientes factores de riesgos, asignándole a cada uno de ellos un puntaje determinado. De esta manera según la sumatoria de puntajes de factores de riesgo, el paciente se estratifica en Score⁽⁸⁾:

Score 1: Sin factores de riesgo (Suma 0 a 1 punto)

Score 2: Bajo riesgo (Suma 2 puntos)

Score 3-4: Moderado Riesgo (Suma 3 o 4 puntos)

Score $\geq$ a 5: Alto Riesgo (Suma 5 o más puntos)

Se enumeran los factores de riesgo y puntaje asignado:

1 punto por cada factor de riesgo:

- 41-60 años
- Varices
- Cx menor (< 40 min).
- Cx mayor (< 1 mes)
- ICC (< 1 mes)
- Enf. Pulmonar severa (< 1 mes)
- Anticonceptivos

-Hormonas de reemplazo

-Embarazo o post parto (< 1 mes)

-Historia de abortos recurrentes (>3) o RCIU

-Enfermedad inflamatoria intestinal

-Edema en MMII

-BMI >25

-EPOC

-IAM previo

-Sepsis (< 1 mes)

-Reposo actual

2 puntos por cada factor de riesgo:

- 61-74 años
- Artroscopía
- Cáncer actual o previo
- Cx mayor laparoscópica (>45 min)
- Reposo (>72 hs)
- Inmovilidad por yeso (< 1 mes)
- Catéter central

3 puntos por cada factor de riesgo:

- > 75 años
- Anticoagulante lúpico
- TVP/TEP previo
- Trombocitopenia por heparina
- Antecedente familiar de TVP/TEP
- Trombofilia

5 puntos por cada factor de riesgo:

- RTC o RTR
- Fractura cadera, pelvis o pierna (< 1 mes)
- Parálisis (< 1 mes)
- Stroke (< 1 mes)
- Trauma mayor (< 1 mes)

Guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Guillermo Rawson

| Montes de Oca Viviana | Castillo María Agustina | María Celina Vanina | María Virginia Canónico

En los pacientes que tienen Score de riesgo 1 la profilaxis antitrombótica es la deambulacion precoz. Los pacientes con Score 2 deben recibir profilaxis mecánica con botas de compresión neumáticas intermitente; en caso de no estar disponibles deben recibir profilaxis farmacológica con enoxaparina 40mg día SC. Los pacientes con Score 3 - 4 deben recibir profilaxis farmacológica con enoxaparina 40mg día SC, y los pacientes con Score ≥ 5 por ser de alto riesgo reciben profilaxis combinada (mecánica + farmacológica).

Hay un apartado especial para la paciente Obstétrica.

Esta guía se ajustará a disponibilidad de recursos del Hospital, contraindicaciones para recibir terapia antitrombótica, individualizando cada caso y realizando una reevaluación diaria del paciente internado.

En forma esquemática en las Guías se explica cómo asignar la puntuación al riesgo, cuáles son los factores de riesgo, que indicar y hasta cuándo; teniendo en cuenta que toda guía debe ser individualizada con cada paciente y habrá situaciones especiales para resolver en forma diferente.

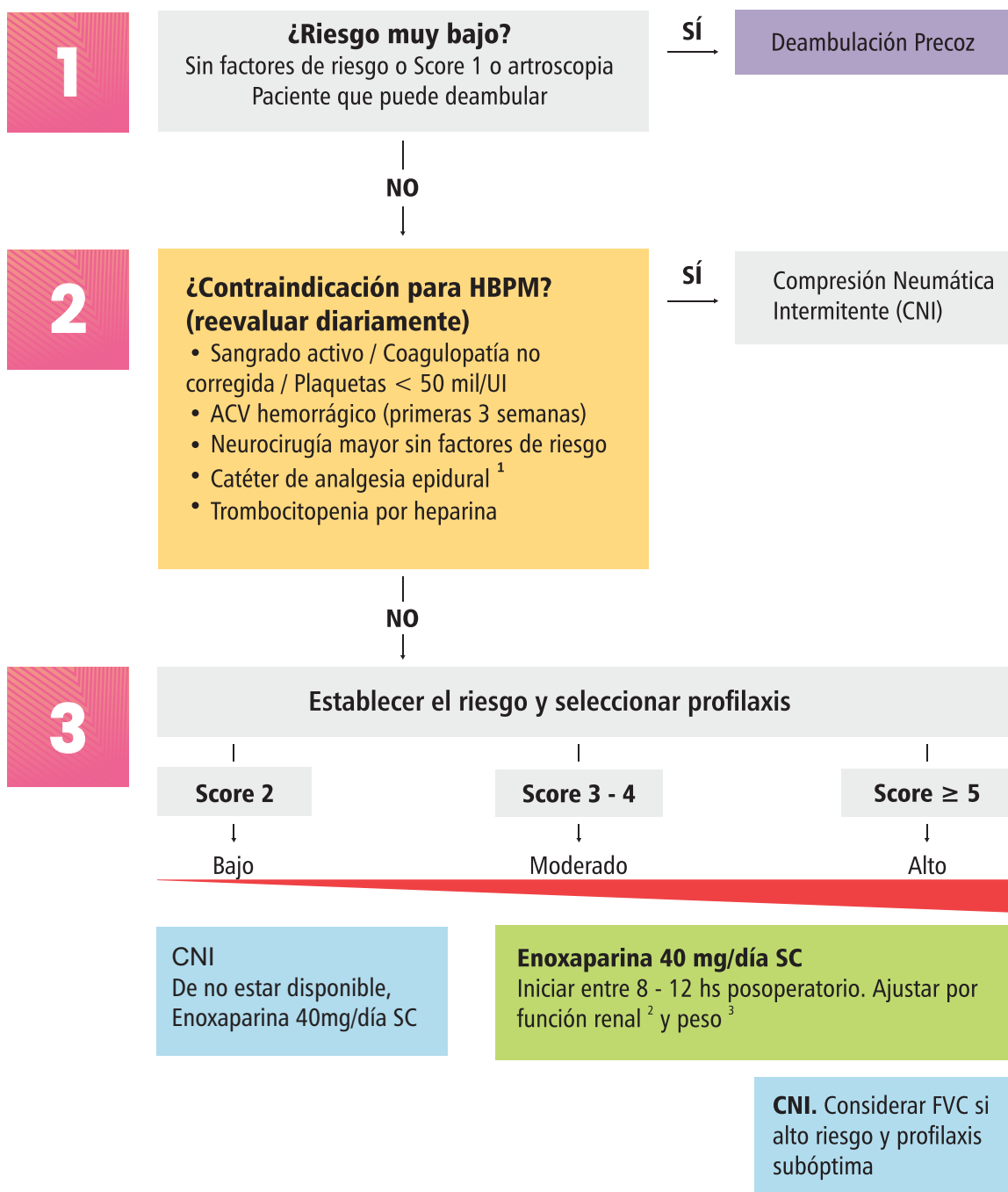
BIBLIOGRAFÍA

1. Ubaldini J. Consenso de enfermedad tromboembólica: Consenso argentino sac. Rev Argent Cardiol. 2009
2. Dalen JE. Pulmonary Embolism: What have we learned since Virchow? Natural history, pathophysiology and diagnosis. Chest 2002; 122: 1440-56
3. Nicolides AN, FareedJ. Prevention and treatment of venous thromboembolism. Internacional consensus statement. Clin Appl Thromb Hemost 2013; 19: 116-225
4. Barbar S, Noventa F. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism. The padua prediction score. J Thromb Haemostati 2010; 8:2450-7.
5. Falk-Yetter Y, Francis CW. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients Antitrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines CHEST 2012; 141 (2Suppl): 2785-3255
6. Casais P. Epidemiología y Factores de riesgo. Grupo CATH. Guías para el manejo práctico del Tromboembolismo Venoso 2019; 31.
7. Altuna D, Ceresetto J, Fassi D, Ferro H, Fondevila C, Giumelli C. Trombofilia y embarazo. Guías de diagnóstico y tratamiento Sociedad Argentina de Hematología 2019; 245.
8. Susan R. Kahn, MD; Wendy Lim, MD; Andrew S. Dunn, MD ; Mary Cushman, MD; Francesco Dentali, MD. Prevention of VTE in Nonsurgical Patients. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest. 2012 19S-199S
9. Eubanks AA, Deering SH, Thiel LM. Risk Assessment and Treatment Guide for Obstetric Thromboprophylaxis: Comprehensive Review of Current Guidelines. Am J Perinatol. 2019.

Guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Guillermo Rawson

| Montes de Oca Viviana | Castillo María Agustina | María Celina Vanina | María Virginia Canónico

PROFILAXIS TVP - TEP



Guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Guillermo Rawson

| Montes de Oca Viviana | Castillo María Agustina | María Celina Vanina | María Virginia Canónico

4

Suspender al deambular

← NO

Profilaxis extendida
¿Reemplazo total de rodilla (RTR),
Reemplazo total de cadera (RTC), Cx
abdomen/pelvis por cáncer?

→ SÍ

**Continuar profilaxis
4 semanas**
RTC, RTR: Dabigatran,
Rivaroxaban o HBPM

Score de riesgo

1 punto por cada factor de riesgo:

- 41-60 años
- Varices
- Cx menor (< 40 min)
- Cx mayor (< 1 mes)
- ICC (< 1 mes)
- Enf. Pulmonar severa (< 1 mes)
- Anticonceptivos
- Hormonas de reemplazo
- Embarazo o parto (< 1 mes)

- Historia de abortos recurrentes (> 3)
o RCIU
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Edema en MMII
- BMI > 25
- EPOC
- IAM previo
- Sepsis (< 1 mes)
- Reposo actual

2 puntos por cada factor de riesgo:

- 61-74 años
- Artroscopía
- Cáncer actual o previo
- Cx mayor laparoscópica (> 45 min)
- Reposo (> 72 hs)
- Inmovilidad por yeso (< 1 mes)
- Catéter central

3 puntos por cada factor de riesgo:

- > 75 años
- Anticoagulante Lúpico
- TVP/TEP previo
- Trombocitopenia por heparina
- Antecedente familiar de TVP/TEP
- Trombofilia

5 puntos por cada factor de riesgo:

- RTC o RTR
- Fractura cadera, pelvis o pierna (< 1 mes)
- Parálisis (< 1 mes)

- Stroke (< 1 mes)
- Trauma mayor (< 1 mes)

1- Analgesia epidural

- Iniciar heparina luego de 8 a 12 hs de la colocación del catéter: .
- Para la extracción del catéter:
Dejar pasar 12 hs desde la última dosis de heparina y reiniciar heparina a las 2 hs de la extracción

3-Ajuste por Peso

< 40 kg = 20mg/día
> 100 kg = 40mg c/12h

2-Ajuste por disfunción renal

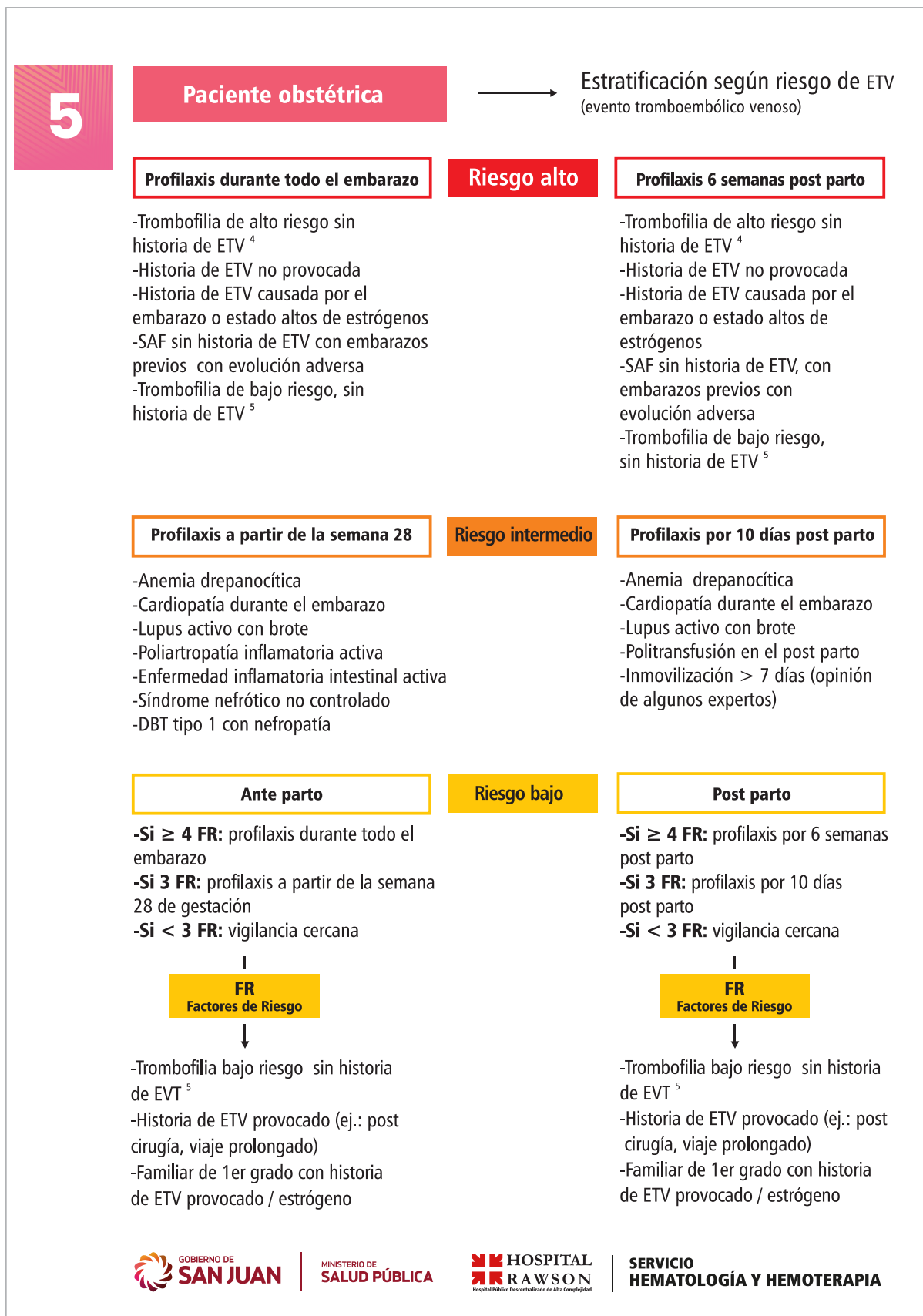
Cl Cr < 30 ml/m: ↓ 25% dosis

↓
En 48hs dosar AntiX (extracción de sangre a las 4hs de la última dosis) Valor esperado: 0.2 - 0.6

Adaptado de American College of Chest Physicians:
ANTITHROMBOTIC AND THROMBOLYTIC THERAPY 9TH ED Chest 2012;141:7-70

Guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Guillermo Rawson

| Montes de Oca Viviana | Castillo María Agustina | María Celina Vanina | María Virginia Canónico



Guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital Guillermo Rawson

| Montes de Oca Viviana | Castillo María Agustina | María Celina Vanina | María Virginia Canónico



- Tabaquista activo (> 10 cigarrillos/día)
- Edad > 35 años
- BMI > 40 pre embarazo
- Pre eclampsia moderada o severa activa
- Embarazo de gestación múltiple
- Inmovilización > 7 días

Dosis de HBPM:

- 50 - 90kg: 40mg SC día
- < 50kg: 20mg SC día
- > 90kg: 40mg cada 12hs SC

Trombofilia alto riesgo⁴:

- Homocigota Factor V Leiden
- Homocigota Protrombina G20210A
- Doble Heterocigota Factor V / Protrombina G20210A
- Déficit de AT III
- Síndrome Antifosfolipídico
- Déficit proteína C y S



- Tabaquista activo (> 10 cigarrillos/día)
- Edad > 35 años
- BMI > 40 pre embarazo
- Parto por cesárea
- Hemorragia post parto (perdida de > 1 L de sangre)
- Infección activa
- Pre eclampsia moderada o severa durante el embarazo
- Embarazo de gestación múltiple

Trombofilia bajo riesgo⁵:

- Heterocigota Factor V Leiden
- Heterocigota Protrombina G20210A

Risk Assessment and Treatment Guide for Obstetric Thromboprophylaxis: Comprehensive Review of Current Guidelines, Am J Perinatol, 2018

Síndrome de Prune Belly asociado a Hernia Diafragmática

| Guerra Mariana

| Azuri Amira

| Baistrocchi Valentina

Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Dra. Guerra V. Mariana D.

E-mail: guerramarid@gmail.com

RESUMEN

Introducción.

El Síndrome de Prune Belly se caracteriza por la ausencia o la hipoplasia de la pared muscular abdominal, alteraciones del tracto urinario y criptorquidia bilateral. La asociación concomitante con una hernia diafragmática es inusual, no encontrando bibliografía publicada sobre esta asociación.

Materiales y métodos.

Se realizó un estudio descriptivo reportando un caso clínico de un paciente de 2 años de edad, con diagnóstico de Síndrome de Prune Belly y hernia diafragmática anterior.

Conclusión.

Se concluyó en dicho trabajo que esta combinación de patologías es poco frecuente, no encontrándose caso reportado previamente en la bibliografía y pudiendo ser de presentación tardía, por lo que lo hace importante a la hora de descartar patologías asociadas en un paciente con Síndrome de Prune Belly en su período neonatal.

Palabras Claves:

Malformación Congénita; Hernia diafragmática; Síndrome de Prune Belly.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Prune Belly es un trastorno congénito poco común y complejo, que asociado a una hernia diafragmática de Morgagni generan una inusual combinación de malformaciones. El primero se caracteriza por ausencia, deficiencia o hipoplasia de la musculatura de la pared abdominal, anomalías del tracto urinario y criptorquidia bilateral^(1,2), pudiendo asociarse a otras anomalías que afectan pulmón, corazón y tracto gastrointestinal⁽³⁾. Se presenta predominantemente en hombres, su incidencia es 1 caso por cada 40.000 a 50.000 recién nacidos vivos^(4,5).

Por otro lado la hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto anatómico del diafragma de etiología desconocida, que afecta aproximadamente 1 cada 3000-5000 nacidos vivos, según un artículo publicado en la Sociedad Argentina de Pediatría en el año 2020 realizado en el hospital SAMIC "Prof. Dr. Juan. P. Garrahan"⁽⁶⁾. Se puede clasificar según la ubicación y el tamaño del defecto; cerca del 90% de las veces ésta es posterolateral (Hernia de Bochdalek), mientras que las restantes corresponden a un defecto paraesternal de la porción anterior del diafragma (Hernia de Morgagni)^(7,8). Generalmente se presentan como síndromes de distrés respiratorio severo neonatal, sin embargo, un porcentaje menor permanecen asintomáticas más allá del periodo neo-

Síndrome de Prune Belly asociado a Hernia Diafragmática

| Guerra Mariana

| Azuri Amira

| Baistrocchi Valentina

natal y muchas de ellas serán pesquisadas como un hallazgo incidental radiológico, incluso a edades más avanzadas^(9,10).

El objetivo de esta publicación es describir el caso clínico de un paciente con diagnóstico de síndrome de Prune Belly en asociación a una hernia diafragmática de Morgagni de presentación y diagnóstico tardío.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo, obteniendo datos de la historia clínica digital de un paciente de 2 años de vida, con diagnóstico de Síndrome de Prune Belly, que ingresa a la unidad de terapia intermedia pediátrica del Hospital Dr. Guillermo Rawson, en junio del 2020, con síntomas y signos clínicos de oclusión intestinal (ondas de Kussmaull).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 2 años de vida, con diagnóstico de síndrome de Prune Belly, enfermedad renal crónica, reflujo vesico-ureteral grado V, criptorquidia bilateral, comunicación interauricular; con historia de múltiples ingresos hospitalarios por cuadros respiratorios. Ingresa al servicio de terapia intermedia pediátrica por vómitos biliosos, falta de eliminación de gases y al examen físico perístasis intestinal visible.

Se realiza radiografía de tórax y abdomen de frente y perfil (Figura 1), se observa imagen radiolúcida en tórax compatible con la presencia de asas intestinales siguiendo la silueta cardiaca, diagnosticándose así, hernia diafragmática anterior izquierda. Ingresa a quirófano, donde se realiza incisión subxifoidea, ingreso a cavidad. Se identifica defecto diafragmático anterior izquierdo, tipo Morgagni. Se reseca saco herniario el cual estaba en íntimo contacto con pericardio. Cierre de defecto pericárdico y diafragmático. Postoperatorio con buena evolución por lo que se otorga egreso hospitalario a las 48 horas.



Figura 1. (A) Radiografía toracoabdominal de frente donde se valora imagen radiolúcida precordial. **(B)** Radiografía toracoabdominal de perfil se valora imagen radiolúcida

Síndrome de Prune Belly asociado a Hernia Diafragmática

| Guerra Mariana

| Azuri Amira

| Baistrocchi Valentina

DICUSIÓN

El síndrome de Prune Belly asociado a una hernia diafragmática de Morgagni forma una combinación de malformaciones congénitas no habituales debido a la baja frecuencia de ambas patologías en un mismo paciente, en tanto que no se logró encontrar algún reporte de caso de dicha asociación.

Sin embargo, el paciente presentó esta infrecuente asociación, la cual fue diagnosticada y resuelta quirúrgicamente obteniendo resultado postoperatorio exitoso, quedando el paciente de alta médica a las 48 horas posquirúrgicas.

Consideramos importante el presente trabajo por la asociación inusual de ambas patologías y la falta de bibliografía, siendo un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en este tipo de pacientes a pesar de no expresarse clínicamente en su periodo prenatal y/o neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. C, Baeza-Herrera, R, Cortés-García; A, Villalobos-Castillejos; H V-P. Síndrome de "prune belly" y hernia de Bochdalek. Asociación inédita. Acta Pediátrica México. 2012;33(2):61-3.
2. AC P. Síndrome de Prune Belly (vientre en ciruela) : reporte de un caso. Rev Nac. 7(1):46-9.
3. Ashcraft. Cirugía Pediátrica. 3ª edición. Mc Graw Hill, editor. 2001. 829-849 p.
4. Guerrero AF, Cuadros CA, Archila DC, Beltrán SM, Cuadros GA. Síndrome de Prune Belly : Presentación de un caso y revisión de la literatura.
5. Xu W, Wu H, Wang DX MZ. A case of prune belly syndrome. Pediatr Neonatol.
6. Portillo AC. Síndrome prune belly (vientre en ciruela): reporte de un caso Prune belly syndrome (belly plum): a case report. Rev Nac. 2015;7(1):46-9.
7. Frías-mantilla JE, Asz-sigall J, Cabrera-hernández MA. Reparación de hernia de Morgagni-Larrey con fijación al espesor total de la pared abdominal con puntos extracorpóreos . Reporte de un caso Morgagni-Larrey hernia repair by full thickness anterior abdominal wall fixation with extracorporeal knots : A case report. 2019;40(4):211-6.
8. Planting N.S.; Hoffman-Haringsma A.K. Late symptomen van congenitale hernia diafragmatica [Late presentation of congenital diaphragmatic hernia]. Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D960.
9. Díaz M. PULMON HIPERLUCIDO UNILATERAL CONGENITO EN PEDIATRIA , HALLAZGOS EN IMAGEN A PROPÓSITO DE. 2015;(1).
10. Yunes A, Luco M PJ. Early versus late surgical correction in congenital diaphragmatic hernia. Medwave. 17:e7081.

Utilidad de la Colangioresonancia Nuclear Magnética en Coledocolitiasis Pediátrica

| Azuri Amira

| Guerra Mariana

| Baistrocchi Valentina

Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Dra. Azuri Amira.

E-mail: ami.azuri@gmail.com

RESUMEN

Introducción

El diagnóstico de coledocolitiasis está basado en la buena confección de la historia clínica por medio de su anamnesis, examen físico acompañado de exámenes complementarios. El objetivo del trabajo fue analizar conjuntamente con la bibliografía, la importancia de la Colangio Resonancia Nuclear Magnética (Colangio RNM) en el diagnóstico de coledocolitiasis en pediatría.

Caso Clínico

Se realizó un reporte de un caso de un paciente con diagnóstico de Síndrome Coledociano que ingresó al Servicio de Cirugía Pediátrica del Htal D. Dr. G. Rawson en agosto del 2020, además se revisó la bibliografía disponible, analizando los métodos diagnósticos utilizados en la actualidad.

Discusión

En este trabajo se revisó la bibliografía en la cual se reportó que la ecografía abdominal es el método de diagnóstico más utilizado, con una sensibilidad del 25 % en muchos casos, siendo éste concluyente para el diagnóstico de coledocolitiasis. En nuestro caso reportado al tener una fuerte sospecha y tener estudios no concordantes, se recurrió a la Colangio RNM, la cual nos confirmó el diagnóstico, considerando a este método de estudio como el mejor método diagnóstico en pacientes con fuerte sospecha clínica de coledocolitiasis frente a estudios de imágenes previos no concluyentes.

Palabras Claves:

Coledocolitiasis; Colangio-resonancia Nuclear Magnética. Síndrome Coledociano. Pediatría.

INTRODUCCIÓN

La coledocolitiasis se define como la presencia de cálculos en la vía biliar generando colestasis, manifestándose como Síndrome Coledociano⁽¹⁾. Proviene, en su gran mayoría, desde la vesícula biliar⁽²⁾. La incidencia es de alrededor del 11 %⁽³⁾ y está relacionado al aumento de la incidencia de obesidad de los mismos⁽²⁾. Pudiendo ocasionar síndromes obstructivos que se reflejan en estudios de laboratorio de forma aguda como aumento de enzimas de colestasis (gamma-glutamilo transpeptidasa- GGT, fosfatasa alcalina- FAL), bilirrubina y crónico

con el aumento de transaminasas hepáticas⁽⁴⁾. La ecografía abdominal es el método de estudio inicial⁽⁵⁾, con una sensibilidad del 25 % y como alternativa la tomografía axial computarizada de abdomen^(6,7) con sensibilidad del 75 % a 80% pero con mayor irradiación del paciente⁽³⁾, dato no menor en pediatría. Por tanto, se considera a la Colangioresonancia Nuclear Magnética (Colangio RNM) útil frente al diagnóstico de coledocolitiasis por tener una sensibilidad del 81 % a 100 % y especificidad del 92 % - 100 % y ser menos invasiva^(6,8).

Utilidad de la Colangioresonancia Nuclear Magnética en Coledocolitiasis Pediátrica

| Azuri Amira

| Guerra Mariana

| Baistrocchi Valentina

OBJETIVO

Exponer la utilidad de la Colangio RMN como método diagnóstico óptimo en el diagnóstico de la coledocolitiasis en pediatría.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un trabajo retrospectivo descriptivo a través de la recolección de datos de la historia clínica sobre un paciente masculino de 16 años de edad con signos y síntomas de colestasis que ingresó con diagnóstico de Síndrome coledociano en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital D. Dr. G. Rawson en el mes de agosto del 2020, junto con la revisión bibliográfica sobre métodos diagnósticos ante coledocolitiasis.

CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años de edad, obeso con antecedente de consultas reiteradas por dolor abdominal y vómitos. Requiriendo internación por presentar signos y síntomas de colestasis tales como acolia, coluria e ictericia compatibles con síndrome coledociano, con ecografías abdominales y tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con ausencia de litos en vía biliar (Figura 1. A y B).

Descartándose otras etiologías colestásicas, se decide realizar Colangio RNM (Figura 2) evidenciándose dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con múltiples imágenes de resta en la totalidad de ésta última, condicionando su manejo terapéutico. Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) y 24 horas posteriores, Colecistectomía Laparoscópica con instrumentación transcística. Buena evolución postquirúrgica. Egreso.

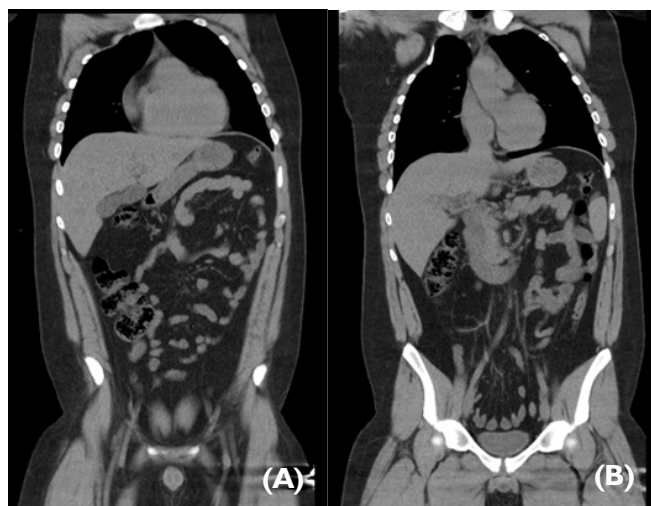


Figura 1 (A), (B). Tomografía Axial Computarizada de abdomen sin contraste. Ausencia de litos tanto en vesícula biliar como dentro de la vía biliar extrahepática.



Figura 2. Colangio RNM. Flecha roja: Múltiples cálculos en la luz del colédoco.

Utilidad de la Colangioresonancia Nuclear Magnética en Coledocolitiasis Pediátrica

| Azuri Amira

| Guerra Mariana

| Baistrocchi Valentina

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta las características de los métodos de imágenes y ante la eventual falta de concordancia de los mismos con los análisis de laboratorio, como en el caso previamente mencionado, se llegó a la conclusión de que dichos estudios por imágenes no nos permitieron obtener un diagnóstico adecuado ante la obstrucción de la vía biliar en el contexto de pacientes con fuerte sospecha de coledocolitiasis.

Por tanto, en este trabajo se consideró a la colangioresonancia nuclear magnética como mejor método diagnóstico⁽⁹⁾ no solo por ser poco invasivo⁽¹⁰⁾ sino también por la excelente exposición anatómica que nos brinda de la vía biliar en su totalidad⁽⁶⁾, con una sensibilidad del 81 % a 100% y especificidad del 92 % - 100 %^(7,11) en la detección de coledocolitiasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Fernández T, López Serrano P, Tomás E, Gutiérrez ML, Lledó JL, Cacho G, et al. Diagnostic and therapeutic approach to cholestatic liver disease. *Rev Española Enfermedades Dig.* 2004;
2. Ruiz MJ, Carnicer J, Pardina D, Alberdi RS, Clínico H, Juan S, et al. Litiasis biliar.
3. Defagó V. Coledocolitiasis en pediatría. *Rev cir infant.* 1999;
4. Jerusalén C, Simón MÁ. Cálculos biliares y sus complicaciones. *Probl Comunes en la Práctica Clínica.* 2012;
5. Freitas ML, Bell RL, Duffy AJ. Choledocholithiasis: Evolving standards for diagnosis and management. *World J Gastroenterol.* 2006;
6. Saad WEA, Ginat D. Computed Tomography and Magnetic Resonance Cholangiography. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2008;
7. Cristiano A. Litiasis coledociana. *Revista del Hospital El Cruce.* 2016.
8. ANAYA D, TÁCUNAN J. Ecografía Abdominal Y Colangioresonancia En Coledocolitiasis En El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé De Huancayo, Periodo 2014-2017. 2018;1-100.
9. Tratamiento En Pacientes Con Enfermedad RAL. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Facultad De Medicina Especialización En Gastroenterología Disertación Previa a La Obtención Del Título De Especialista En Gastroenterología Y Endoscopia Digestiva. 2019;
10. Limón Bandola EMLB. Universidad Veracruzana . 2011;(14):1-60. Available from: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46427/QuirozCortesMCArmen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
11. Parashari UC, Khanduri S, Bhadury S, Upadhyay D, Kishore K. Diagnostic role of magnetic resonance resonance cholangiopancreatography in evaluation of obstructive biliopathies and correlating it with final diagnosis and clinical profile of patients. *J Nat Sci Biol Med.* 2015;