

008

TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET/TUMOR DE ASKIN) DE CORAZÓN EN UNA MUJER DE 30 AÑOS

M. S. Pla Zorrilla, M. C. Orlandi, L. Larrosa Guardiola, J. L. Sustersic, P. Sartori
 Unidad de Terapia Intensiva-Hospital Francisco López Lima- General Roca - Río Negro

Objetivo: presentar un raro caso de tumor neuroectodérmico primitivo cardíaco.

Caso: Mujer de 30 años, sin antecedentes patológicos, que consulta por dolor en hipocondrio derecho, precordialgia y disnea de dos meses de aparición y progresión en los últimos días a GIII. Al examen físico ruidos cardíacos hipofonéticos, ingurgitación yugular y hepatomegalia dolorosa. La Rx de tórax muestra cardiomegalia con imagen en botellón. El ecocardiograma transtorácico pone en evidencia un derrame pericárdico severo sin compromiso hemodinámico, con imagen ecodensa paracardiaca, intrapericárdica adyacente a la AI y al surco AV. Al día siguiente ingresa a UTI por taponamiento cardíaco. Se realiza pericardiocentesis y evacuación de 600cc de líquido hemático con franca mejoría clínica. La citología es negativa para células tumorales. Se realiza TAC de tórax que muestra enorme derrame pericárdico que causa compresión importante del tronco de ambas arterias pulmonares y compresión con desplazamiento posterior de las venas pulmonares izquierdas; en contacto con la AI se observa una formación ligeramente hiperdensa, de 4-5 cm, de bordes imprecisos; importante derrame pleural derecho y mínimo izquierdo. Se realiza ventana pleuropericárdica evacuándose 1000 cc de líquido hemático y se aspira abundante material de aspecto grumoso y consistencia gelatinosa. En el estudio inmunohistoquímico las células tumorales mostraron positividad difusa con Vimentina, CD99 y Enolasa Neurona Específica. Las marcaciones con Antígeno Común Leucocitario, Desmina, MyoD-1, Sinaptofisina, Cromogranina, AE1-AE3 y Neurofilamento fueron negativas. Las características histológicas y el perfil inmunohistoquímico corresponden a un Tumor de células pequeñas redondas, tumor neuroectodérmico primitivo (PNET), Tumor de Askin.

A los 23 días de su ingreso se realiza RNM de tórax con gaitín cardíaco que detecta un tejido sólido, infiltrativo que ocupa el mediastino anterior y medio, al igual que las cubiertas pericárdicas a las cuales envuelve, con importante compromiso de la región periauricular derecha, cayado aórtico y ostium de emergencia de la arteria aorta torácica ascendente, a las cuales infiltra y envuelve. Se encuentra parcialmente infiltrada la aurícula izquierda, al igual que el ápex ventricular. Leve derrame pericárdico. Moderado derrame pleural basal izquierdo.

Se comienza protocolo de quimioterapia con 2 mg de Vincristina, 100 mg de Doxorubicina y 15 gr de Iofosfamida.

La paciente fallece a las 48 horas de comenzar la quimioterapia, a los 26 días de su admisión al hospital.

Comentario: Los tumores de Askin son raros tumores de células pequeñas redondas de la región torácica de gran malignidad. Fueron descritos en 1979 por Askin y Rosai como una entidad caracterizada por tumores malignos de células redondas pequeñas de los tejidos blandos de la pared torácica de presentación en niños y adolescentes. Además de similitudes morfológicas, el PNET y el sarcoma de Ewing extraesquelético poseen la misma traslocación cromosómica (t11;22), el mismo antígeno de superficie (P30/32), pero se diferencian por la inmunomarcación (el sarcoma de Ewing extraesquelético es solo positivo para Enolasa Neuro Específica mientras que el PNET es positivo a por lo menos dos marcadores neurales).

Existen solo dos reportes de Tumor neuroectodérmico primitivo de origen cardíaco, uno de miocardio (Hum Pathol.1996 Dec;27(12):1365-9) y otro de pericardio (Postgrad Med J.1992 Feb;68(796):140-2).

Estos agresivos tumores embrionarios requieren para su diagnóstico técnicas citogenéticas y de inmunomarcación, y un agresivo tratamiento quirúrgico, quimioterapia pre y postoperatoria y radioterapia postoperatoria.

009**PATOLOGÍAS INGRESADAS EN UNA SALA DE CUIDADOS ESPECIALES DE ZONA RURAL**

Rivadero S. A., Ahumada T. G.

Unidad de Cuidados Especiales. Hospital San Roque – Ciudad de Jáchal. San Juan. Argentina.

OBJETIVO: determinar la incidencia y tipos de enfermedades ingresadas en una sala de cuidados especiales de zona rural**MATERIAL Y MÉTODO:** se analizó en forma retrospectiva los tipos de patologías que se registraron como primer diagnóstico, en forma consecutiva, desde la creación de la sala de cuidados especiales, el 04-04-97 hasta el 30-11-03, es decir durante un periodo de seis años y siete meses.**RESULTADOS:** sobre un total de 1496 pacientes, 782 se correspondieron al sexo masculino (52,27%) y 714 al sexo femenino (47,73%).

Sexo Masculino				Sexo Femenino			
Se registraron las siguientes patologías en un orden de mayor a menor incidencia	Nº de Ptes.	% Parcial	% Total	Se registraron las siguientes patologías en un orden de mayor a menor incidencia	Nº de Ptes.	% Parcial	% Total
1) E.C.V.	376		48,08	1) E.C.V.:	285		39,92
a) H.T.A.	140	17,90		a) H.T.A.	139	20,73	
b) C.I.	93	11,89		b) C.I.	52	7,28	
• I.A.M.: 28 ptes. (3,58%)				• Angina de pecho:			
• Angina de Pecho: 65 ptes. (8,31%)				41 ptes. (5,74%)			
c) I.C.	72	9,08		• I.A.M.: 11 ptes. (1,54%)			
d) A.C.V.:	71	9,21		c) I.C.	44	6,16	
2) Broncopulmonares	165		21,10	d) A.C.V.	41	5,74	
a) Neumonía	112	14,32		2) Broncopulmonares:	135		18,90
b) E.A.P.	21	2,69		a) Neumonías	79	11,06	
c) E.P.O.C.	17	2,17		b) Asma	37	5,18	
d) Asma	15	1,92		c) E.A.P.	16	2,24	
3) Arritmias	67		8,57	d) E.P.O.C.	3	0,42	
a) F.A.	33	4,22		3) Arritmias	52		7,28
b) Es. Vs.	15	1,93		a) F.A.	25	3,50	
c) B.A.V.C.	12	1,53		b) Es. Vs.	16	2,24	
d) T.P.S.V.	4	0,51		c) B.A.V.C.	6	0,84	
e) Aleteo Auricular	3	0,38		d) T.P.S.V.	5	0,70	
4) D.B.T. Tipo II	45		5,75	4) D.B.T. Tipo II	45		6,30
5) Hemorragias Digestivas Altas	25		3,20	5) Hemorragias Digestivas Altas	9		1,26
6) Otras Pat.: dentro de este % se encuentran entre otros los siguientes diagnóstico:	104		13,30	6) Otras Pat.: dentro de este % se encuentran entre otros los siguientes diagnóstico:	188		26,33
➤ Deshidratación.				➤ Deshidratación.			
➤ Poilisquitosis renal.				➤ Síndrome Convulsivo.			
➤ Síndrome ascítico edem.				➤ Insuficiencia renal aguda			
➤ Síndrome convulsivo				➤ Intoxicaciones.			
➤ Insuficiencia renal aguda				➤ Intento de Suicidio.			
TOTAL	782			TOTAL	714		

CONCLUSIÓN: del análisis y tabulación de los datos obtenidos, se puede observar una importante cantidad de pacientes ingresados, de ambos sexos, a nuestra unidad con patologías cardiovasculares, prevaleciendo la hipertensión arterial, le siguen las enfermedades respiratorias encabezadas por la neumonías, los trastornos de conducción cardiaco, con prevalencia de la F.A., la diabetes y por último las digestiva.

010

EFFECTOS DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS INMEDIATO DE CIRUGÍAS DE TÓRAX Y ABDOMEN

Dres. Lasdica Sergio, Bustamante Lucrecia, Urizar Rogelio, Friza Ignacio, Gastón Karina, Toledo Fernando, Fainstein Daniel, Ontivero Marcelo y Casas Pablo.

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca.

Objetivos: evaluar los efectos de la VNI sobre variables clínicas y de intercambio de gases en pacientes que cursan el postquirúrgico inmediato de cirugías torácicas (CxTx) o abdominales (CxAb) que desarrollaron falla respiratoria aguda (FRA).

Materiales y métodos: durante un año recolectábamos los datos demográficos, clínicos y gasométricos de los ingresos a UTI en el postoperatorio inmediato de CxTx y CxAb que desarrollaron FRA; comenzando a ser asistidos con VNI con respiradores convencionales y máscaras faciales, cuando en otras condiciones hubiesen requerido de IT y ventilación mecánica convencional. Los parámetros clínicos y gasométricos fueron evaluados durante las primeras 12 hs de asistencia respiratoria. Utilizábamos presión de soporte ventilatorio con el agregado de presión positiva al final de la espiración. Consideramos FRA postquirúrgica a una severa hipoxemia (Pa/FiO₂ igual o menor a 250), una PaCO₂ superior a 45 mmHg. y una frecuencia respiratoria mayor a 25 por minuto con disnea moderada o severa y utilización de músculos accesorios o respiración paradójica. Utilizamos el test de ANOVA para muestras repetidas. Cuando hallamos una $p < 0,05$ aplicamos el test de Bonferroni para la corrección de las mismas.

Resultados: fueron incluidos en cada grupo 7 pacientes. Las edades y los scores de APACHE II para el grupo de CxTx y CxAb fueron de 56,1 (± 15) y 56,5 (± 26) años y 16,2 ($\pm 1,4$) y 14,2 (3,4) respectivamente. En el grupo de CxTx 3 pacientes tenían antecedentes de nódulo pulmonar solitario; 4 eran tabaquistas y 2 eran EPOC; mientras que en el grupo de CxAb 3 tenían antecedentes de hipertensión, 4 eran diabéticos tipo I y 3 eran EPOC. Desde el ingreso y durante las primeras 12 hs. se observaron mejorías en las variables clínicas y de intercambio de gases en ambos grupos **Tabla 1 y 2**. Un paciente debió ser intubado en el grupo de CxTx, que posteriormente falleció; mientras que ninguno recibió IT en el grupo de CxAb. El tiempo que necesitaron soporte ventilatorio el grupo de CxTx y CxAb fueron de 1,1 ($\pm 0,9$) y 1,2 ($\pm 0,4$) días y la estadía en UTI fueron de 6 ($\pm 2,8$) y 4,1 ($\pm 0,9$) días respectivamente. No se evidenciaron complicaciones asociadas a la VNI.

Conclusiones: la utilización de VNI en pacientes postquirúrgicos de CxTx y Ab es beneficiosa para lograr mejoría a nivel del intercambio de gases y clínica; y podría ser efectiva, en pacientes bien seleccionados para evitar la IT en la FRA postquirúrgica inmediata.

Tabla 1 (Postq. CxTx.)

	Ing.	Hora	2-6 hs.	12 hs
Ph/(sd)	7,27 (0,09)	7,33 (0,09)	7,30 (0,1)	
PaCO ₂ /(sd)	53,4 (16,2)	42(6,9)	44(9,5)	
Pa/FiO ₂ /(sd)	112 (15,4)	172 (41)	194 (23,6)	236 (63)
Saturación/(sd)	86 % (4,1)	93%(2,5)	93% (2)	94% (3)
Fr. respirat./ (sd)	39,4 (4,4)	29,7(2,9)	23,4 (4,9)	
Fr. cardíaca/(sd)	123,7 (16,5)	117,7(7)	108 (9)	

	Ing.	Hora	2-6 hs.	12 hs
Ph/(sd)	7,29 (0,09)	7,33 (0,09)	7,36 (0,04)	
PaCO ₂ /(sd)	49,2 (6,3)	34(7)	35(4)	
Pa/FiO ₂ /(sd)	113 (21,5)	249(64)	248 (49)	264(58)
Saturación/(sd)	90 % (1,9)	96,7% (2,6)	96% (1,3)	95% (2,8)
Fr. respirat./ (sd)	40 (5,7)	27(3,3)	21,7(1,7)	
Fr. cardíaca/(sd)	120,7 (12)	107,2 (11)	92,2 (14)	

Tabla 2 (Postq. CxAb.)

011**ANTECEDENTE DE INFARTO DE MIOCARDIO. ¿UNA SECUELA, O UN PREDICTOR DE RIESGO?**

Nani S, Raggio I, Duarte D, Blasco M, Noriega G, Giorgio P, Martin P, Saez L, Mazziotti J, Villarejo F, Ubaldini J.
Unidad de Cuidados Intensivos, Clinica Olivos, Buenos Aires.

Es bien sabido que el antecedente de Infarto Agudo de Miocardio (IAMP) demarca un grupo poblacional de alto riesgo. El **OBJETIVO** del siguiente trabajo es analizar dicha población, internada en un centro de alta complejidad; y evaluar las características basales, el tratamiento médico, los motivos más frecuentes de ingreso, y su evolución, en comparación con aquellos pacientes sin antecedentes de infarto.

MATERIAL Y MÉTODO: Durante el año 2003, se internaron en forma consecutiva 335 pacientes (p) en una Unidad de Cuidados Intensivos, de los cuales 95p, (el 28.3%) tuvieron diagnóstico de Patología Cardiovascular, los cuales fueron ingresados en la Base de Datos del Servicio y posteriormente analizados con el programa estadístico Epi 2000

RESULTADOS: el 25% de la población presentaba antecedentes de IAMP, la localización más frecuente fue la inferior, en un 54.1%, seguida de la anterior, con un 41.6%. El 70% fueron hombres, con una edad media de 69.3 años.

El 61.5% era diabético Vs. 38.5% $p=0.001$, con un 62.5% de dislipemia Vs un 39.4% del grupo no IAMP $p=0.049$. El 66.7% se encontraba bajo tratamiento con AAS al ingreso, un 54.2% con la asociación AAS y Beta bloqueantes, y un 33.2% tratados con las dos drogas y un hipolipemiente.

El motivo de ingreso más frecuente fue la Angina Inestable (AI), con 66.7% Vs un 22.5% del grupo no IAMP y $p<0.001$, seguido por Insuficiencia cardíaca (IC), con 41.7% Vs 15.5% $p<0.001$. Dentro del cuadro de AI, el 43.7% presentaba un TIMI SCORE ≥ 5 , versus un 11.1% del grupo no IAMP, con $p=0.031$. El 20.8% del grupo IAMP presentó interurrencias durante la internación, contra sólo un 2.8% del grupo no IAMP, $p=0.01$.

El deterioro severo de la función del ventrículo izquierdo (Fracción de Eyección $< 35\%$) fue del 37.5% en el grupo IAMP y de 11% en el restante con $p=0.003$

La internación total fue de 4.5 días en IAMP, Vs. 3.1 días en el grupo no IAMP.

La mortalidad del grupo IAMP fue del 12.5%, versus un 1.4% del grupo control, con $p=0.048$.

CONCLUSIONES: Hemos analizado un grupo poblacional de alto riesgo, que presenta una elevada mortalidad, los factores de riesgo se han asociado significativamente en mayor porcentaje, con respecto al grupo no IAMP, así como los motivos de internación de AI e IC, lo que nos podría acercar a la explicación de los resultados. Es notorio que sólo un 33.2% de los pacientes del grupo IAMP se encuentren bajo tratamiento con AAS, Beta Bloqueantes y hipolipemiantes, en forma concomitante, lo que implica que el IAMP es subestimado como predictor de riesgo.