

**Año 23 - N° 4**  
**Diciembre de 2017**

Buenos Aires, Argentina  
Publicación Trimestral

Órgano Oficial de la  
Sociedad Argentina  
de Patología de Urgencia  
y Emergentología

# patología de **URGENCIA**

## Resúmenes

**Insuficiencia Cardíaca Aguda: Revisión**

**Manejo de la Neutropenia Febril**

**Crisis Tirotóxica**

**Revisión Bibliográfica de las heridas Transmediastinales  
por Armas de Fuego y manejo actual**

**Anafilaxia: ¿Cuánto saben los médicos al respecto?**

**Hernia Pulmonar**



# Insuficiencia Cardíaca Aguda: Revisión

DRA. PEREIRO GONZALEZ, STELLA MARIS <sup>a-b-c</sup>

- a. Especialista en Cardiología, Emergentología y Medicina Legal.
  - b. Jefe de Unidad Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar.
  - c. Medica de Guardia de Unidad Coronaria del C.M.P.F.A Churruca Visca.
- 

## RESUMEN

Existen numerosas definiciones de insuficiencia cardíaca (IC). Vamos a definir la fisiopatológicamente como la imposibilidad del corazón de suplir a los órganos de una adecuada cantidad de sangre bajo condiciones normales de presiones de llenado. La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) y la Insuficiencia cardíaca crónica (ICC) difieren tanto en su curso temporal como en su tratamiento.

La ICA presenta dos formas: **Aparición nueva de IC** (“de novo”) / **ICC agudamente descompensada** (ICCAD)

Dentro de los eventos que precipitan la descompensación aguda podemos enumerar las *arritmias*, *la disfunción valvular*, *un evento isquémico agudo*, *la hipertensión arterial*, *la trasgresión alimentaria o falta de adherencia al tratamiento*. En el 67% de los casos, la admisión hospitalaria se debe a una IC conocida.

Solo en el 33% es desconocida. En la tabla 1 enumeramos las causas y factores que afectan la aparición de ICA y de ICCAD. La mortalidad intrahospitalaria de la IC ronda el 7% cuando se analiza en forma global, pero luego podemos observar que se encuentran marcadas diferencias dependiendo del tipo clínico de insuficiencia cardíaca aguda

---

# Manejo de la Neutropenia Febril

DRA. NOYA, LAILA M.<sup>a</sup>

a. Médica hematóloga. CM Churruca Visca.

---

## RESUMEN

Las infecciones constituyen una complicación frecuente en los pacientes bajo tratamiento quimioterápico. Son causa de morbimortalidad y provocan un aumento importante de los costos derivados de hospitalizaciones. Diversos factores contribuyen a aumentar el riesgo de infección: *defectos de inmunidad humoral y celular debidos a la patología de base, secundarios al tratamiento citostático o radioterapia, aquellos asociados a la desnutrición y a los daños en las barreras anatómicas*. El riesgo y la gravedad de la infección están relacionados con la duración y la profundidad de la *neutropenia* (NTP), y resulta crítica la recuperación de los *polimorfonucleares* (PMN) para la buena evolución.

La fiebre durante la NTP puede ser el único indicio de la presencia de infección grave, dado que los signos y síntomas de inflamación pueden estar atenuados. Sin embargo, ocasionalmente los pacientes infectados por ciertos gérmenes, aquellos que presentan shock séptico o quienes reciben tratamientos inmunosupresores o con corticoides pueden no presentar fiebre, presentándose con hipotermia.

Las infecciones bacterianas son la principal causa de morbimortalidad en estos pacientes. Estas se presentan durante los estadios más tempranos de la NTP, mientras que las infecciones fúngicas, particularmente por *Aspergillus spp.*, ocurren más tardíamente. Los virus respiratorios pueden presentarse manteniendo la distribución estacional.

El retraso en el tratamiento antimicrobiano (ATB) en aquellos pacientes que presentan una infección grave se asocia a una elevada mortalidad. Esta mortalidad *puede evitarse con una terapia empírica precoz. La selección cuidadosa de los ATB sobre la base de los patrones microbiológicos locales puede optimizar la eficacia manteniendo la seguridad y minimizando los costos.*

Esta decisión, tomada a partir de la microbiología local, es la más importante a la hora de seleccionar un esquema empírico inicial y sus modificaciones posteriores.

---

# Crisis Tirotóxica

DRA. GRUNEISEN, MARIANA <sup>a-b</sup>

- a. Especialista en Endocrinología
- b. Médica de Planta del Servicio de *Endocrinología del Hospital Churruca Visca.*

---

## RESUMEN

La “*crisis tirotóxica*”, “*tormenta tiroidea*” o “*tirotoxicosis maligna*” es una manifestación extrema de la tirotoxicosis, con elevada mortalidad.

Habitualmente el manejo de la mayoría de los pacientes con hipertiroidismo es ambulatorio y la tirotoxicosis maligna es poco frecuente. Se podría definir como “*una exacerbación aguda de las manifestaciones del hipertiroidismo con disfunción multiorgánica, asociada a riesgo de vida*”. Su incidencia y prevalencia son bajas; aun considerando sólo pacientes hospitalizados por tirotoxicosis, menor del 10%. Sin embargo, la mortalidad causa-específica asciende al 20-30%. La edad de los pacientes afectados no difiere de la de los hipertiroides no complicados, ya que en ambos casos se presenta entre los 20 y los 70 años. Es infrecuente en niños.

---

# Revisión Bibliográfica de las heridas Transmediastinales por Armas de Fuego y manejo actual

BERDUC, ALAN M. D. <sup>a-b</sup> / VOZZI, JUAN M.D. <sup>a-b</sup> / ANDREANI, HORACIO <sup>c-d-e</sup>

- a. Especialista Universitario en Cirugía Torácica - UBA
- b. Miembro de la *Sociedad Argentina de Cirugía Torácica*
- c. Especialista en Cirugía General
- d. Ex cirujano de Guardia de CM *Churrucá Visca*
- e. Presidente de SAPUE

---

## RESUMEN

Los traumatismos torácicos son conocidos desde la antigüedad y están citados en el *Papiro de Smith* del antiguo Egipto; también se atribuye a Hipócrates las primeras descripciones del diagnóstico y tratamiento del empiema.

Los traumatismos torácicos han estado presentes desde tiempos inmemoriales porque han sido parte fundamental de las lesiones sufridas por los humanos, y se describen desde la *Ilíada* de Homero, en la Eneida de Virgilio, en la herida de Alejandro Magno por una flecha Malia que involucró su pulmón, en la lanza sagrada de Longino, en las batallas medievales y en las crónicas de *Álvar Núñez Cabeza de Vaca*, cuando retiró una flecha del tórax de un indígena americano.

Hoy en día, el concepto de la hora de dorada y los nuevos protocolos de transporte *scoop and run* se ven reflejado en un mayor número de pacientes que llegan con vida al servicio de emergencias. Hay muy poca controversia acerca de los pacientes que ingresan a la sala de urgencias con descompensación hemodinámica o *in extremis* y que debe realizarse toracotomía de urgencia.

El reto hoy en día es el estudio diagnóstico de los pacientes con heridas transmediastinales que se encuentran hemodinámicamente estables. La alta mortalidad en estos pacientes está relacionada a lesiones graves vasculares (*aorta torácica*) y/o cardíacas.

Definimos *Heridas transmediastinales* a todas aquellas que atraviesan el mediastino en cualquiera de sus sentidos comprobado por el hallazgo de heridas consideradas de entrada en un hemitórax con localización de proyectiles u orificios de salida en el hemitórax contralateral, o en el mediastino.

Definimos *Estabilidad hemodinámica* a todos aquellos pacientes que ingresan al servicio de emergencias con presiones arteriales sistólicas (PAS) mayores o iguales a 100/90 mmHg así como también quienes ingresan con presiones inferiores a este valor pero que se estabilizaron después de la infusión de 2.000 cc de cristaloides.

# Anafilaxia: ¿Cuánto saben los médicos al respecto?

MAURO, GUILLERMO <sup>a</sup> / GHISSI, BRUNO <sup>a</sup> / COLLAZO, FEDERICO <sup>a</sup> / GONZA, EDGARDO <sup>a</sup>

aa. Hospital San Martín de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

---

## RESUMEN

El término anafilaxia, del griego literalmente “*sin protección*”, se introdujo en la literatura médica en 1902 por *Richet y Portier*. **Se refiere a la más catastrófica de las reacciones alérgicas de hipersensibilidad generalizada de tipo inmediato. La anafilaxia es una reacción alérgica grave de rápido inicio que en algunos casos provoca la muerte.**<sup>1</sup> Tras la exposición a un desencadenante puede presentar distintos niveles de gravedad, desde leve a severa; puede ser gradual o fulminante e involucrar a múltiples sistemas orgánicos, incluso causar shock aislado o broncoespasmo. Se manifiesta sin pródromos y requiere un diagnóstico clínico precoz basado en el reconocimiento del cuadro clínico, sin pruebas inmediatas de confirmación. Es una emergencia médica que debe ser conocida por todo el personal médico ya que el tratamiento rápido con adrenalina evita la muerte por hipoxia o hipotensión.<sup>2,3</sup>

Motivados por el mal manejo médico en dos pacientes con anafilaxia en sala y en pre-hospitalario, decidimos realizar una encuesta con el fin de evidenciar cuánto conocen los médicos sobre el tratamiento de esta enfermedad, para así poder tomar medidas educativas al respecto.

---

# Hernia Pulmonar

PROF. DR. BERDUC, ALAN D.<sup>a-b-c-d</sup> / DRD. VOZZI, JUAN M.<sup>e-f</sup>

- a. Especialista en Cirugía General y Cirugía Torácica
  - b. Especialista en Emergentología - Docente Adscripto UBA
  - c. Profesor Adjunto Universidad Nacional del Oeste
  - d. Supervisor del Servicio de Emergencias Hospital Nacional A. Posadas
  - e. Especialista en Cirugía General y Cirugía Torácica - Docente Adscripto UBA
  - f. Jefe de Servicio de Cirugía Torácica Complejo Médico Churrucá-Visca
- 

## RESUMEN

Hernia pulmonar se define como la protrusión del parénquima pulmonar con las membranas pleurales, más allá de los límites normales de la cavidad torácica, a través de un defecto en la pared torácica, diafragma o mediastino. El primero en describirla fue Roland en 1499. Munnell en 1968 hizo una revisión de la literatura hallando un total de 285 casos, incluyendo 64 casos de hernias pulmonares espontáneas. Desde la primera publicación se han reportado aproximadamente 350 casos en la literatura. La mayoría de los casos reportados corresponden a hernias pulmonares a través de los espacios intercostales secundarias a trauma torácico y postquirúrgicas. Solo el 5 al 7% corresponden a espontáneas.

---

[www.sapue.com.ar](http://www.sapue.com.ar)  
ISSN 2346-8564  
Publicación Trimestral

patología de  
**URGENCIA**

Año 23 - N° 3 / Diciembre de 2017 / Buenos Aires, Argentina

Es una publicación oficial de la Sociedad Argentina de Patología de Urgencia y Emergentología.  
Todos los derechos reservados.