

73

MANOMETRIA ESOFAGICA: EXPERIENCIA EN 130 CASOS.

Gutiérrez O.,¹ Ramírez J.C.,² Nohora Caycedo*.⁽¹⁾: Profesor Asistente Md. Interna, Universidad Nacional de Colombia.⁽²⁾: Laboratorio de Fisiología, Esfágica Fundación Sta. Fe de Bogotá.

La manometría esofágica (M.E.) es un método diagnóstico de gran utilidad para el estudio de los trastornos motores primarios del esófago. Está indicada especialmente en el estudio del dolor torácico no cardíaco (DTNC), en algunas manifestaciones del reflujo gastroesofágico (RGE) y en la evaluación pre y postquirúrgica de este último.

En el presente informe describimos nuestra experiencia. Se realizaron M.E. con un equipo SANDHILL, el cual no consta de los catéteres tradicionales perfundidos sino con 3 transductores de presión colocados directamente en la sonda y separados por 5 cm. de distancia c/u. Posee también distalmente un electrodo de pH. En las M.E. regulares se examina el tono basal del esfínter inferior y su relajación con la deglución, la amplitud y peristaltismo del cuerpo del esófago y las características del esfínter superior. En casos necesarios, se practican pruebas de estimulación con ácido (Bernstein) o Edrofonio o prueba de aclaramiento esofágico de ácido.

RESULTADOS:

MOTIVO DE LA MANOMETRIA	ACALASIA	RGE	ALT. INESP.	ESPASMO EEI	ESOF. OF. HIPERTENSO	NORMAL
DIFAGIA						
+Dolor (n=51)	28 ^h	14	5	-	1	3
PIRODIS						
+Dolor (n=30)	2	21 ^h	3	-	1	3
DTNC (n=32)	-	14 ^h	4	5	-	2
DIFAGIA ALTA (n=8)	1	3	1	-	-	3

Además, en 9 casos se practicaron M.E. en casos de L.E.S., asma, hipo, etc. La manometría esofágica es un método diagnóstico superior a la endoscopia y a los Rx en el estudio de los trastornos motores del esófago y permite un enfoque terapéutico más adecuado de los mismos. Llama la atención la frecuencia alta de casos de acalasia en este grupo de pacientes.

75

ALTERACIONES EN LA SECRECIÓN HORMONAL EN PACIENTES CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES.

González M., Fals E., Savignano R., Mendoza P., Parías R., Juárez T. Grupo Estudio Barranquilla. Universidad del Norte.

OBJETIVOS: la asociación entre anemia de células falciformes con trastornos de la maduración y el crecimiento no ha sido hasta ahora rigurosamente evaluada. Con el propósito de comprender mejor este aspecto de la enfermedad se midieron los niveles hormonales en pacientes adultos con anemia de células falciformes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 32 pacientes 16 femeninos y 16 de sexo masculino, en edades comprendidas entre 14 y 26 años con promedio de 19.5 años. Las muestras de sangre se obtuvieron de la consulta externa del Hospital Universitario de Barranquilla y de la consulta privada de uno de nosotros. Estas muestras fueron luego procesadas en el Laboratorio Clínico Rey Matiz - Fals Borda donde se practicaron determinaciones de FSH, LH, Testosterona y Estradiol mediante técnica de radioinmunoanálisis cuyos valores estandarizados por nuestro laboratorio son: FSH mujeres 5-20 mIU/ml, LH 5-15 mIU/ml, FSH hombres 5-25 mIU/ml, LH hombres 5-10 mIU/ml, Estradiol 62-128 Pg/ml, Testosterona 3-12 ng/ml.

RESULTADOS: De los 16 pacientes del sexo femenino estudiados (12.5%) mostraron niveles bajos para FSH, el resto (87.5%) revelaron niveles normales, en cuanto a LH, igualmente, dos pacientes (12.5%) mostraron niveles bajos mientras que el resto (87.5%) mostraron niveles normales, en tanto que los niveles de Estradiol estuvieron bajos en todos los pacientes (100%). De los 16 pacientes del sexo masculino solo un paciente (6.26%) presentó niveles bajos de FSH. Igualmente solo un paciente (6.26%) reveló niveles bajos de LH, mientras que el resto (93.74%) revelaron niveles normales de la hormona. En cuanto a Testosterona, 7 pacientes (43.64%) mostraron niveles bajos de la hormona, mientras que el resto (56.36%) mostraron niveles normales.

CONCLUSIONES: Hemos observado que en la mayoría de los pacientes con anemia de células falciformes, el trastorno fundamental se encuentra a nivel de órgano blanco (Ovario y Testículo) y que es la difinición gonadal más importante en el sexo femenino, en tanto que el eje hipotálamo-hipofisis en la gran mayoría de los pacientes se encuentra preservado.

74

LA ESOFAGITIS PÉPTICA POR REFLUJO

Cassabuenos P., Cañicho F.

Hospital Santa Clara, Bogotá, Colombia.

Objetivo: Revisar la prevalencia de la esofagitis péptica por reflujo gastroesofágico (EPR) en el hospital general Santa Clara. Luego verificar que como parte del estudio clínico inicial se practicó una esofagogastroduodenoscopia (EGD) inicial y otra después de practicado tratamiento médico quirúrgico, para valorar de una manera objetiva la mejoría o no del paciente.

Materiales y métodos: Se revisaron los informes de 2200 EGD realizadas durante el período comprendido entre 1-Oct-84 al 1 de febrero 89. De esta revisión se extrajeron 500 informes en los cuales el paciente había tenido alguno de los cuatro (4) grados de esofagitis (EPR). De estos solo cumplieron con la EGD post tratamiento 132 pacientes. Se revisaron las historias clínicas.

Resultados: La pirosis fue la causa de consulta más frecuente (56%). La prevalencia de la EPR es del 22%. De los pacientes a los cuales se les practicó EGD de control post tratamiento médico mejoraron el 82.5% correspondiente a los grados I, grado II y grado III de la EPR; el 17% presenta esofagitis péptica grado IV, de estos el 66% fue intervenido quirúrgicamente con éxito empleando la técnica de Nissen. Hubo un 33% de rechazo a la cirugía.

Conclusiones: La pirosis justifica la realización de EGD.

Se encontró una prevalencia del 22% de la EPR.

El tratamiento médico convencional es exitoso para los casos de EPR, grado I, grado II y grado III.

Cuando hay casos de esofagitis grado IV, se indica el tratamiento quirúrgico.

Dentro de las técnicas quirúrgicas antirreflujo, la más empleada en el presente estudio, es la de Nissen, con la cual se obtienen muy buenos resultados.

76

DOSIFICACIÓN DE HEPARINOIDES IN VITRO

Uso del Tiempo de Heparina y el Tiempo Parcial de Tromboplastina De Zubiria R., De la Torre D., Rivas E. y Rogett R. Departamento de Medicina Interna, Hematología y Laboratorio. Hospital de la Samaritana. Bogotá D.E.

No existen procedimientos prácticos adecuados para controlar los tratamientos de pacientes a los que se administran soluciones de Heparina. Determinamos niveles de coagulación de concentraciones terapéuticas con el uso de Heparina no fraccionada y Heparina de bajo peso molecular.

Medimos las concentraciones in vitro del tiempo de Heparina y del APTT en 180 muestras de plasma de sujetos sanos, que oscilaron entre 0;0,1;0,2;..... a 1U de anticoagulante por cc de plasma. Las concentraciones terapéuticas entre 0,2 y 0,4 u por cc de plasma dieron los siguientes resultados: Con la Heparina no fraccionada el tiempo de Heparina osciló entre 28 y 33 minutos y el APTT entre 80 y 95 segundos. Con Enoxaparina el TH varió entre 18 y 19 minutos y el APTT entre 42 y 47 segundos.

Estadísticamente se determinó que existe un alto grado de linealidad 0,955 para el A.P.T.T. y 0,961 para T.H. relacionadas con concentraciones variables de N.F. y L.M.W.H.

CANCER MAMARIO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1980-1989)

Godoy J, Jiménez S.

Servicio de Oncología, Depto Médico, Hospital Militar, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

El cáncer mamario es el tercero en frecuencia en la población femenina en el país así mismo tiene aspectos clínicos y biológicos variables que hacen indispensable una continua evaluación de las tendencias y resultados terapéuticos. Se analizaron los casos atendidos por el Servicio durante el intervalo entre 1980 y 1989 (Informe previo hasta 1987). Fueron 160 casos con mediana para edad de 51.57a, mediana de tiempo de seguimiento de 4.07a para todos los casos. Estado hormonal: premenopáusico 41.87%, perimenopáusico 28.67%, postmenopáusico 26.25%, embarazo 3.12% y pacientes de sexo masculino 1.87%. La clasificación clínica por estados con: Estado I 8.12%, Estado II 40.62%, Estado IIIA 13.12%, Estado IIIB 25% y Estado IV 13.12%. La clasificación histológica correspondió a: Intracanalicular 1.87%, canalicular infiltrante 86.25%, lobulillar 3.75%, comedocarcinoma 2.5% y otros 3.75%. Se presentó recaída loco-regional en el 8.75% y la ocurrencia de metástasis para todo el grupo fue del 35% siendo en orden de frecuencia óseas, pulmonares, hepáticas y otras.

El análisis de sobrevida actuarial a 5 años fue para Estado I del 100%, Estado II de 86.09%, Estado IIIA 68.32%, Estado IIIB 31.95% y Estado IV 23.48%.

El estado actual de acuerdo a las recomendaciones del AJCC es el siguiente:

Estado	VLN-NR	VLN-RP	V-EP/R/M	Muerte	Desconocido
I (N=13)	10	0	1	0	2
II (N=65)	37	4	4	5	15
IIIA (N=21)	16	0	0	3	2
IIIB (N=40)	9	1	9	13	8
IV (N=21)	0	0	3	13	5

Nota: VLN:vivos libres de tumor, NR:no recaída, RP:recaída previa, V-EP/R/M:vivos enfermedad persistente, recurrente o metastásica. Se concluye que se requiere la evaluación de nuevas posibilidades terapéuticas específicamente para estados avanzados, se hace énfasis en la detección de estados tempranos y en mecanismos que aseguren un adecuado seguimiento de los casos.

ABSORCIÓN Y RESERVA DE HIERRO EN POBLACIONES COLOMBIANAS

Ospina L., Muñoz E., Jiménez S.

Servicio de Hematología, Hospital Militar Central, Bogotá

La deficiencia de hierro es la causa más común de anemia nutricional en el mundo y en la población colombiana.

Esta deficiencia no solo incide en el estado de salud sino también en el desarrollo psicossocial y en el desarrollo inmune del organismo. El objetivo de este trabajo fue establecer la reserva de hierro, mediante la determinación de ferritina sérica por método inmunológico (media normal 70 + 5 mgrs/lto para hombres y 35 + 5 mgrs/lto para mujeres) y su absorción utilizando ⁵⁹Fe. La absorción de hierro es directamente proporcional al estado de deficiencia, con un normal de absorción de 1 al 15%, llegando a una absorción máxima del 30% en casos de deficiencia.

Se analizaron entonces 64 muestras de sangre al azar obtenidas de sujetos similares, asintomáticos. Se determinó inicialmente el nivel de hemoglobina-hematocrito y ferritina sérica y posteriormente se administró una dosis de ⁵⁹Fe, determinándose su porcentaje de absorción.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

	Rango	Media
Hemoglobina (grs%)	10.4 - 17.2	15.33 ± 1.62
Hematocrito (%)	32 - 55	46.36 ± 4.37
Ferritina (ngrs/mlto)	2 - 180	47.19 ± 32.52
Absorción ⁵⁹ Fe (%)	5.5 - 88	33.10 ± 25.83

5.25% de los pacientes que tuvieron ferritinas de < 10 ng/l tuvieron porcentajes de absorción de ⁵⁹Fe hasta del 80%. 42.18% tuvieron porcentaje de absorción de hierro muy alto superior al 30%.

Los datos obtenidos nos permiten concluir que el promedio de absorción de hierro de una muestra representativa de nuestra población es el equivalente al máximo de absorción de hierro de otras poblaciones. Paradójicamente no se obtuvo una correlación significativa de estos datos con los niveles correspondientes de ferritina, aunque si es evidente que los casos con ferritina más baja tuvieron el más alto porcentaje de absorción de ⁵⁹Fe.

Parece que nuestra población tiene mayor avidez por el hierro por una posible deficiencia crónica.

EVALUACION DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUANTE (INTRODUCTORIA) EN CARCINOMA MAMARIO ESTADO IIIB

Godoy J, Jiménez S.

Servicio de Oncología, Depto Médico, Hospital Militar, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

Con el objeto de definir los resultados terapéuticos obtenidos con quimioterapia neoadyuvante en carcinoma mamario Estado IIIB, se realizó el seguimiento de los casos atendidos por el Servicio desde 1980. Fueron 40 casos, mediana de seguimiento 2.2 años, edad promedio 53.2 años. Se consideraron dos grupos de acuerdo a la secuencia de tratamiento utilizada, un grupo convencional constituido por los casos con tratamiento loco-regional inicial y posterior tratamiento sistémico y un grupo con quimioterapia introductoria, posterior terapia loco-regional y continuación de quimioterapia con igual esquema o cambio de acuerdo a resultados anatomo-patológicos. Las características clínicas de los dos grupos fueron equiparables.

El tratamiento en el grupo convencional (N=24) incluyó cirugía inicial en 19 casos (MRM=14 y MSA=5) y radioterapia loco-regional inicial en 5 casos, con posterior quimioterapia en 19 casos (OVF o OMF VP 18 casos, FAC un caso) y hormonoterapia con Tamoxifen en 5 casos. El tratamiento para el grupo con quimioterapia introductoria (N=16) -primer caso con 49 meses de seguimiento- fue OMF o OMFVP en 15 casos y FAC en un caso. Tratamiento quirúrgico posterior en 11 casos (MRM=8 y MSA=3) y radioterapia loco-regional en 11 casos. Tres de los casos no han tenido aún tratamiento loco-regional, pero la respuesta clínica ha sido favorable. Para los casos restantes, se requirió cambio de esquema a FAC después del tratamiento loco-regional en 5 pacientes. Se comprobó la sobrevida por análisis actuarial a 5 años, para el grupo convencional fue del 25.34% y para el grupo con quimioterapia introductoria del 49.99%, no se logró determinar significancia estadística en la diferencia para las dos curvas de análisis actuarial (Z=0.8480). El estado actual para los casos en el grupo convencional es: Vivos libres de tumor: 6, metástasis 2, muerte 12, perdidos de seguimiento 4. Y para los casos con quimioterapia introductoria es: Vivos libres de tumor 5, metástasis 3, muerte 2, perdidos de seguimiento 2.

Se concluye que aunque la tendencia de sobrevida demuestra mejores resultados con quimioterapia introductoria, se requiere un mayor tiempo de seguimiento y mayor número de casos para demostrar significancia estadística, se hace énfasis en la recomendación de quimioterapia introductoria para casos localmente avanzados.

PREVALENCIA DE ANEMIAS NUTRICIONALES LATENTES EN UNA POBLACION DE PACIENTES EMBARAZADAS

Ospina L., Escallón C., Muñoz E., Jiménez S.

Servicio de Hematología, Hospital Militar Central, Bogotá

La ausencia de morbilidad durante el embarazo y el período perinatal está condicionada en forma importante por el estado nutricional durante el período gestacional. La deficiencia de factores nutricionales hematopoyéticos más frecuente en esta población corresponde a ferropenia y deficiencia de ácido fólico, estados que pueden cursar sin manifestaciones clínicas o paraclinicas de anemia, pero si pueden implicar alteraciones funcionales en la madre y en el desarrollo fetal.

Con el objeto de establecer la frecuencia de anemias latentes (Deficit de factores hematopoyéticos sin disminución de hemoglobina-hematocrito) en embarazadas se analizaron 75 muestras de sangre de 3 instituciones de diferente nivel socio económico en Bogotá. Se determinaron los siguientes parámetros: Hemoglobina, hematocrito, TIBC (Capacidad Total de Combinación de Hierro), UIBC (Capacidad Latente de Saturación de Hierro) y los niveles séricos de hierro, ferritina, vitamina B12 y folatos.

Un descenso moderado de la hemoglobina y del hematocrito fue detectado en el 12% y 34% de los pacientes respectivamente.

Un descenso moderado de ferritina (Índice de ferropenia) se documentó en el 25.33% de las embarazadas. De las determinaciones de TIBC Fe sérico y UIBC para detectar ferropenia la más importante fue la TIBC que no se correlacionó con el hierro sérico. Este tampoco se correlacionó con la ferritina.

Los folatos estuvieron en el límite inferior más bajo en el 13.33% de las embarazadas.

La vitamina B12 se documentó patológicamente baja en el 20% de los casos.

Los hallazgos de frotis sanguíneo de hipocromia o macrocitos se correlacionaron con los estados deficitarios. Las deficiencias de ferritina, folatos, B12 y los hallazgos morfológicos de los eritrocitos no se correlacionaron con los niveles de hemoglobina y hematocrito.

Se concluye que las deficiencias nutricionales hematopoyéticas de nuestras poblaciones son más de vitamina B12 y folatos que de hierro. Estas pueden cursar sin manifestaciones clínicas o paraclinicas de anemia.

Se recomienda determinar niveles de B12, folatos y ferritina en los embarazos y suministrar estos factores cuando se sospecha deficiencia.

81

VALOR DIAGNOSTICO DE LAS PRUEBAS DE COAGULACION

Ospina L., Jiménez S., Garboa M.C., Forero A., Ospino B.
Servicio de Hematología Hospital Militar Central

Se revisaron 6.391 pruebas básicas de coagulación entre Tiempo de Protrombina (PT), Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT), Tiempo de Sangría (TS) y Recuento de Plaquetas.

El valor promedio normal de los controles practicados fué de $12.21" \pm 0.53"$ para el PT, $24.96" \pm 2.1"$ para el PTT, $5'43 \pm 1'18$ para el TS y 285.303 ± 98.316 para el recuento de plaquetas.

Las siguientes son las conclusiones extraídas de dicha revisión:

1. El tiempo de protrombina es útil solamente para detectar coagulopatías congénitas o adquiridas en el 2.78 de los casos.
2. En el control terapéutico para pacientes con anticoagulación oral, el tiempo de protrombina debe basarse en el índice R (Relación entre el tiempo del paciente y del control normal) que debe mantenerse entre 1.3 y 1.8 cuando las tromboplastinas utilizadas para su ejecución tienen un índice de sensibilidad (ISI) por encima de 2.19.
3. El INR (Relación Estandar Internacional) para el PT debe utilizarse en el control de la anticoagulación oral, siempre y cuando el ISI (índice de Sensibilidad de las Tromboplastinas) utilizadas en la ejecución de tiempo de protrombina, sean inferiores a 2.19.
4. La hemorragia por exceso de anticoagulación es rara y mucho más riesgosa en pacientes que han ingerido simultáneamente medicamentos que la potencializan.
5. El riesgo de trombosis por sub anticoagulación es muy raro. Solo se presentó en un paciente con R e INR por debajo del límite inferior, que recibía simultáneamente otros medicamentos.
6. El tiempo de sangría practicado por el método de Simplate es un examen muy útil en la evaluación del paciente con tendencia hemorrágica o prequirúrgico, ya que en el 16% de los pacientes fué presuntivo de diagnóstico de enfermedad de Von Willebrand o trombopatía. Tiempos de sangría de más de 8'30 son altamente sugestivos de coagulopatía.
7. El recuento de plaquetas es similar si se hace por punción venosa o capilar o en un frotis periférico bien procesado. Por recuento electrónico las cuentas normales son similares. En trombocitopenias severas, las cuentas son diferentes. Lo más útil en su valoración es observarlas en grupos de 5 a 10 al recorrer 10 campos microscópicos.

82

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE

Jiménez S., Ospina L., Ospino B., Forero A.
Servicio de Hematología, Departamento Médico, Hospital Militar Central, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

Se revisan 22 casos de Mieloma Múltiple diagnosticados en el HMC durante el intervalo entre 1980 y 1989, se evalúan las características clínicas y epidemiológicas, los protocolos de tratamiento utilizado y los resultados obtenidos.

La edad promedio fué de 63.8 ± 9.9 años, 16 casos en pacientes de sexo masculino y 6 en pacientes de sexo femenino. El principal motivo de consulta fué dolor óseo 80.9%. El pico monoclonal fué en la mayor proporción de IgA 36.3% contrario a las publicaciones tradicionales, IgG 28%, cadenas livianas 22%, IgM 4.54%, IgD 4.54% y no secretor 8.54%. 72.8% de los pacientes correspondieron a estado III. Se encontró falla renal de inicio en el 27.3% de los casos e hipocalcemia en el 32%, anemia en el 59%, lesiones óseas líticas en el 85.7% de los casos. La determinación Beta-2-microglobulina en 18 casos, fué mayor de 3 mgrs/lto en el 27.7%.

El tiempo medio de seguimiento para todos los casos fué de 31 ± 19.58 meses, con 5 casos cuya sobrevida es mayor o igual a 4 años, con 48, 50, 60, 61 y 84 meses de sobrevida.

La quimioterapia empleada para inducción fué CHOP en el 71.4%, Alkeran-prednisona en el 14.3%, CD en el 4.75%, COP-BONU 4.75% y Oncovin-alkeran-prednisona 4.75%. La quimioterapia de mantenimiento fué predominantemente alkeran-prednisona asociada en varios casos a Interferón. Y en casos de recaída poli quimioterapia incluyendo BONU ó esquema VAD.

La respuesta a la quimioterapia de inducción fué completa en el 54.5%, parcial en el 22.8%, no respuesta en el 13.6% y no establecida en el 9%. En los casos con respuesta completa su duración fué de 31.5 ± 14 meses.

La sobrevida a 5 años por análisis actuarial sin considerar el estado inicial es de 39.4% y a 6 años de 19.7%. Hubo desarrollo de segunda neoplasia solo en un caso.

La excelente respuesta inicial y la sobrevida media prolongada es superior a otras publicaciones. Esta puede ser debida al uso precoz de poli quimioterapia. La utilización temporal de Alkeran en nuestro grupo ha podido evitar la aparición de una segunda neoplasia en la mayor proporción de casos.

83

REVISION DE MIELOMA MULTIPLE

Loboguerrero J., Romero R. Universidad del Rosario
Unidad de Hematología. Hospital de San José de Bogotá.

Han sido propuestos un gran número de factores pronóstico para Mieloma Múltiple.

Los factores más importantes para la sobrevida en estos pacientes son: función renal, nivel de hemoglobina, calcio sérico, compromiso óseo y nivel de inmunoglobulinas. Esta clasificación fué propuesta en 1.975, por Durie y Salmon, correlacionando factores clínicos con la masa celular mielomatosa, determinando III estados con significado pronóstico. Más recientemente otras variables como la B₂ microglobulina, urea y/o albúmina sérica, han sido estrechamente relacionados con el pronóstico de Mieloma Múltiple.

De los 50 casos de Mieloma Múltiple consultados en la Unidad de Hematología, entre 1.980, y 1.990 se escogieron 36 casos, por cumplir requisitos. Teniendo en cuenta la clasificación de Durie y Salmon se determinaron los siguientes parámetros: edad, sexo, Hb, calcio sérico corregido y no corregido, creatinina, urea, electroforesis de proteínas, inmunodifusión de inmunoglobulinas, proteinuria de Benca Jones y compromiso óseo. Además se analizó el porcentaje de células mielomatosas y el promedio de vida para cada uno de los estados. De los resultados obtenidos se encontró que la edad promedio fué de 56 años, de preferencia por el sexo femenino; mayor número de pacientes en el estado clínico III; presencia de anemia; pico monoclonal, predominio de IgG, calcio sérico corregido elevado, el promedio de sobrevida fué directamente proporcional al estado clínico; un 25% de los pacientes presentó compromiso renal e hipocalcemia (33%).

El diagnóstico de Mieloma Múltiple es tardío. La electroforesis de proteínas y la cuantificación de inmunoglobulinas son pruebas de alto índice de seguridad. La Clasificación de Durie y Salmon ayuda como factor pronóstico. El hallazgo de lesiones radiológicas, anemia, dolores óseos en las últimas décadas de la vida, ameritan el diagnóstico diferencial con esta enfermedad.

84

HISTIOCIITOSIS X, ANALISIS RETROSPECTIVO DE SU INCIDENCIA EN NUESTRO MEDIO, PRESENTACION CLINICA Y UNIFICACION DE CRITERIOS.

Loboguerrero J., Terselich G., Herrera M.V.
Unidad de Hematología Universidad del Rosario - Unidad de Pediatría Instituto Nacional de Cancerología - Clínica Colsubsidio

Se revisaron durante los últimos diez años las historias clínicas de pacientes con Diagnóstico de Histiocitosis X, el cual incluye las siguientes entidades: Granuloma Eosinófilo, enfermedad de Hand-Schuller-Christian y Letterer-Siwe. Se analizó su presentación clínica, su incidencia en los diferentes grupos etarios y su comportamiento evolutivo, con el objetivo de unificar criterios para el diagnóstico, seguimiento y futuro manejo de estos pacientes.

Se revisaron 35 historias en tres instituciones, realizando la clasificación clínica según los parámetros de Lahay. La distribución por edad fue sensiblemente igual en ambos sexos. El 42.8% de los pacientes fueron menores de 2 años, el 48.5% por ciento tuvieron entre 2 y 10 años y el resto fueron mayores de 10 años. Desde el punto de vista clínico con enfermedad diseminada en estados III y IV se encontraron el 48.5% de los pacientes, recibiendo manejo quimioterapéutico, con una mortalidad del 17.6%. Desde el punto de vista patológico el diagnóstico en la mayoría de los casos fué presuntivo, debido a dificultades técnicas en las diferentes instituciones. Es pues la Histiocitosis X una entidad poco frecuente, con una incidencia muy baja en la población general, lo cual ha dificultado su estudio y conocimiento, con un comportamiento clínico marcadamente heterogéneo, una alteración inmunológica evidente y una evolución impredecible, presentando en ocasiones resolución espontánea o evolucionando posteriormente a entidades de carácter maligno.

BAZOS ACCESORIOS EN PURPURA TROMBOCITOPENICA INMUNOLOGICA

Solano M.H., Gutiérrez C., LoboGuerrero J., Cadavid L.
Unidades de Hematología y Medicina Nuclear Universidad del Rosario.
Hospital de San José Bogotá.

Con el propósito de detectar bazos accesorios en pacientes con Púrpura Trombocitopenica Inmunológica (PTI) como causa de mala respuesta al tratamiento convencional: corticoides, esplenectomía, inmunosupresores y otros, se estudiaron con una técnica isotópica de marcación de eritrocitos. 10 pacientes con mala respuesta al tratamiento de 93 casos diagnosticados y tratados en el periodo Enero-89 a Enero 90.

La técnica consistió en denaturalizar los eritrocitos del paciente por medio de calor (49.5° C durante 35 min), marcar "in vivo" los mismos (PYP-Tc 99m dosis mCi) y reinfundirlos al paciente para su seguimiento. Esta técnica se basa en una de las funciones específicas del bazo cual es la de filtrar y retener los eritrocitos alterados en su forma o por vez, en los pacientes esplenectomizados permite observar la presencia de tejido esplénico residual.

Se detectó bazo accesorio como un área única hipercaptante en el hueso esplénico, páncreas o ligamento suspensorio del bazo en 5 pacientes (50%), la totalidad de los 10 pacientes tenía corpúsculos de Jolly Howell. Se confirmó la presencia de tejido esplénico por procedimiento quirúrgico en dos pacientes, los restantes han rechazado la cirugía.

La presencia de eritrocitos con corpúsculos de Jolly Howell se ha tomado como un parámetro para descartar tejido esplénico funcional residual, pero no puede considerarse condición absoluta. La gammagrafía con eritrocitos denaturalizados es un método fácil, de alta sensibilidad, bajo radiación que complementa el estudio de estos pacientes, esclareciendo en algunos casos el fracaso terapéutico.

ENFERMEDAD DE HODGKIN. RESPUESTA TERAPEUTICA EN 80 CASOS.

Camacho J.A.; Marulanda M., Gaitan J.

Unidad de Hematología. Clínica San Pedro Claver. I.S.S.
Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Bogotá

Es el estudio descriptivo de 80 pacientes con enfermedad de Hodgkin, 58 hombres (72.5%) y 22 mujeres (27%), entre los 19 y los 63 años y con el 61% entre los 20 y 39 años de edad. Fundamentalmente consultaron por adenomegalias cervicales y supraclaviculares en el 79% de los casos. En el estado clínico IA estaban el 13%, en el IB el 4.3%, en el IIA el 5.8%, en el IIB el 27.5%, en el IIIB el 26% y en el IV el 14%. Histopatológicamente se encontró celularidad mixta (CM) en el 44%, esclerosis nodular (EN) en el 33%, predominio linfocítico en el 15.7% y depleción linfocitaria (DL) en el 7%. Tratamiento: Los estados IA (44% CM y 33% EN) recibieron radioterapia con remisión completa (RC) y libres de enfermedad a más de 4 años en el 92%. Los estados IIA (75% FL) recibieron radioterapia y quimioterapia MOPP, con (RC) en el 75% y seguimientos posteriores irregulares. Los estados IIB (36% CM y 31% EN), el 47% recibió MOPP con RC en el 87% y el 42% recibió 3MOPP-3ABVD con RC en el 87% y seguimiento posterior libre de enfermedad, globalmente entre 1 y 7 años. Los estados IIIB (50% EN y 33% CM) fueron tratados con 3CMOPP-3ABVD con RC en el 100% y libres de enfermedad en seguimientos de 2 a 8 años. Los estados IIIB, donde predominaron la DL y la EN, el 53% recibió 3CMOPP-3ABVD con RC en el 88% y 60% de RC con CMOPP o MOPP y con seguimiento global entre 1 y 7 años. Los estados IV (42% FL y 28% EN), se trataron el 70% con 3CMOPP-3ABVD con RC en el 60% y con CMOPP se obtuvo RC en el 33%.

Conclusiones: La distribución por sexo, grupos de edad y variedad histopatológica es semejante a la informada en otras publicaciones. Para los estados IA y IB, la radioterapia sigue siendo un tratamiento adecuado.

Los protocolos MOPP y CMOPP continúan mostrando gran utilidad con las precauciones de la posquimioterapia. El protocolo CMOPP-ABVD muestra una respuesta favorable mayor y es de especial utilidad en casos avanzados o de mal pronóstico.

EVALUACION DE LOS DEPOSITOS DE HIERRO EN PACIENTES DE UN PROGRAMA DE AUTOTRANSFUSION.

Solano M.H., LoboGuerrero J., Unidad de Hematología, Universidad del Rosario, Hospital de San José, Bogotá - Colombia.

La mayoría de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía electiva están en condiciones de realizar autotransfusión de tipo pre-deposito con beneficios indiscutibles, sin embargo la capacidad de la médula ósea para reemplazar la pérdida de eritrocitos y mantener adecuadamente los niveles de hemoglobina y hematocrito, está en relación con los depósitos de hierro disponibles. No hay un acuerdo general acerca de cuales pacientes deben recibir suplencia de hierro, su dosis y su duración.

En el periodo comprendido entre Febrero de 1989 a Mayo 1990, les fue practicada determinación de ferritina sérica a los pacientes del programa de autotransfusión previa a la primera flebotomía. Se realizaron durante este periodo 219 flebotomías en 133 pacientes. El rango de edad fue de 15 a 85 años con un promedio de 59. El 66 % fueron hombres y el 34 % mujeres. El 57 % de los hombres eran mayores de 50 años y en la mujeres el 54 % eran menores de 45 años. Los niveles de ferritina sérica se encontraron normales en el 90% del grupo masculino. En el grupo femenino se encontró ferritina sérica disminuida en el 70% el cual correspondió a las mujeres menores de 45 años. Este último grupo estaba constituido por candidatas a reemplazo total de cadera y tenían ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroideos y dieta baja en hierro.

Concluimos que 1. Este grupo de mujeres constituye un conjunto de pacientes de alto riesgo para ferropenia latente por múltiples factores que requiere suplencia estricta de hierro y un especial seguimiento cuando van a ser sometidas a un programa de autotransfusión. 2. Otros grupos de mujeres con menores factores de riesgo para pérdida de hierro se comportan como el grupo total. 3. Los varones no requieren seguimiento o suplencia de hierro.

ULTRAESTRUCTURA Y AGREGACION PLAQUETARIA EN TROMBOCITOPATIA (Enfermedad de depósito (d-Storage pool disease)

Camacho J.A.,* Rodríguez G,** Preciado V,* Sarmiento L,* Rocha - H.*

Unidad de Hematología. Hospital San Juan de Dios. Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Bogotá. *
Departamento de Microscopia Electrónica. INAS **

Nuestro objetivo es informar sobre una paciente de 13 años de edad, enviada para estudio a la Unidad de Hematología del Hospital San Juan de Dios, por frecuentes y espontáneas apariciones de equimosis. No había antecedentes de ingestión de medicamentos, ni otros episodios patológicos, pero sí de "discrasia sanguínea en la familia".

El examen físico mostró como datos sobresalientes, palidez de piel y de mucosas y equimosis en extremidades. No había otros hallazgos patológicos ni evidencias de mal formaciones congénitas.

Dentro de los exámenes de laboratorio el cuadro hemático mostró discreta anemia. Los leucocitos y las plaquetas en cantidad y morfología normales. El tiempo de sangría en más de dos oportunidades fue mayor de 30 minutos y el consumo de protrombina corto.

Los estudios de agregación plaquetaria mostraron falta de agregación con ADP, colágeno, ristocetina y epinefrina. Los estudios de ultraestructura de las plaquetas de la paciente muestran que su tamaño es el habitual, con moderada disminución en la población de los gránulos densos y aumento y dilatación en el patrón del sistema canalicular (aspecto de queso suizo) en comparación con imágenes estructurales de plaquetas normales.

Consideramos esta comunicación como un informe inicial de un caso clínico de diatesis hemorrágica, catalogado como un defecto en el mecanismo secretor plaquetario que dentro de los exámenes paraclicales muestra tiempo de sangría prolongado, alteración en la agregación plaquetaria y en la imagen ultraestructural una disminución en la población y un aumento en la dilatación del sistema canalicular.