



ACEMUMT

Libro de Resúmenes

Jornada Científica 2022



UNIVERSIDAD
MAYOR

ÍNDICE

Declaración Pública Comité Organizador.....	1
Agradecimientos.....	2
Organizadores.....	3
Casos clínicos.....	4
FIEBRE TIFOIDEA: REPORTE DE UN CASO.....	5
MENINGITIS AGUDA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTE.....	6
INMUNOCOMPETENTE.	
PATOLOGÍA URACAL, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ABDOMEN AGUDO.....	7
LOXOSCELISMO CUTÁNEO VISCERAL CON EVOLUCIÓN A FALLA RENAL AGUDA.....	8
FIBROQUERATOMA ACRAL. A PROPOSITO DE UN CASO.....	9
MELANOMA MALIGNO VARIEDAD NODULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	10
NEUROFIBROMATOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	11
TRATAMIENTO EN 2 TIEMPOS DE TUMOR ÓSEO EN PULGAR: UNA ALTERNATIVA ...	12
A LA AMPUTACIÓN	
“STROKE MIMIC” EN CONTEXTO DE TRASTORNO CONVERSIVO Y DEBILIDAD...13	
ADQUIRIDA DE PACIENTE CRÍTICO: REPORTE DE UN CASO	
TRAUMA OCULAR GRAVE, ESTALLIDO OCULAR. CONDUCTA EN ATENCION....14	
PRIMARIA DE SALUD	
PRESENTACIÓN ATÍPICA DE INFECCIÓN POR BARTONELLA, NEURORRETINITIS.....15	
SIN AFECCIÓN GANGLIONAR	
HIPEREMESIS GRAVÍDICA CON HALLAZGO DE NEUMOMEDIASTINO.....16	
REPORTE DE...16 CASO.	
ISTMOCELE EN EMBARAZO CON SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO REPORTE.....17	
DE CASO.	
SÍNDROME DE MAY-THURNER DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TROMBOSIS.....18	
VENOSA PROFUNDA	

QUERATITIS FUNGICA POR ASPERGILLUS, IMPORTANCIA DE SU SOSPECHA Y.....	19
MANEJO PRECOZ	
NEFROPATÍA LUPICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE.....	20
GLOMERULONEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	
HEMATOMA DEL MÚSCULO ILIOPSOAS SECUNDARIO A ANTICOAGULACIÓN, A.....	21
PROPÓSITO DE UN CASO.	
CRIPCOCOSIS MENINGEA EN PACIENTE VIH SEROPOSITIVO. A PROPOSITO.....	22
DE UN CASO	
INTOXICACIÓN SEVERA POR COCAÍNA EN UN LACTANTE MENOR:.....	23
A PROPÓSITO DE UN CASO.	
DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	24
AMPULOMA: CAUSA POCO FRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA, A.....	25
PROPÓSITO DE UN CASO	
DERMATOMIOSITIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, REPORTE DE UN CASO.....	26
TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ADENOMA TÚBULO-VELLOSO DE COLON.....	27
CON FOCO DE ADENOCARCINOMA: REPORTE DE UN CASO	
SEPSIS NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCCUS PSEUDOPORCINUS,.....	28
A PROPÓSITO DE UN CASO	
VESTIBULOPATÍA BILATERAL, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	29
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE DUCHENNE EN.....	30
ADOLESCENTE MASCULINO, A PROPÓSITO DE UN CASO	
DISHIDROSIS: UNA CAUSA COMÚN DE VESÍCULAS PALMO-PLANTARES.....	31
PITIRIASIS ROSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	32
NEVO EPIDÉRMICO VERRUGOSO LINEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	33
CÁNCER Y CORAZÓN: CARDIOTOXICIDAD PRODUCIDA POR.....	34
TRASTUZUMAB A PROPÓSITO DE UN CASO EN HRLBO.	
FISTULA COLOPLEURAL DE CAUSA DIVERTICULAR EN PACIENTE.....	35
CON PIONEUMOTORAX. REPORTE DE UN CASO	
COMPLICACIÓN FETAL ASOCIADO A HEMODIÁLISIS,.....	36
A PROPÓSITO DE UN CASO	
DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA ASOCIADA AL.....	37
USO DE TERBINAFINA: REPORTE DE CASO.	
FITOFOTODERMATITIS POR DRIMYS WINTERI: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	38

PIODERMA GANGRENOSO ASOCIADO A ENFERMEDAD INFLAMATORIA.....	39
INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	
NEUROCISTICERCOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE.....	40
LESIONES CEREBRALES PARENQUIMATOSAS ÚNICAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.	
ACROANGIODERMATITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	41
FEOCROMOCITOMA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN EDEMA PAPILAR.....	42
A PROPÓSITO DE UN CASO.	
TUMOR TESTICULAR BILATERAL DE CELULAS DE LEYDIG.....	43
NEVO DE SPITZ.....	44
IMPORTANCIA DEL CONTROL METABÓLICO EN MANEJO DE PACIENTE.....	45
PEDIÁTRICO DIAGNOSTICADO CON GLUCOGENOSIS TIPO IB.	
FITOFOTODERMATOSIS POR RUTACEAE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	46
LISTERIOSIS MATERNA COMO CAUSA DE SEPSIS PRECOZ EN RECIÉN NACIDO.....	47
REACCIÓN ADVERSA A AMANTADINA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	48
DE PSICOSIS EN PACIENTE CON PARKINSON Y CEGUERA	
SÍNDROME DE MIRIZZI CON FORMACIÓN DE FÍSTULA BILIAR,.....	49
REPORTE DE UN CASO	
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ENCEFALICO RELACIONADO A.....	50
FORAMEN OVAL PERMEABLE	
DÉBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO GRAVE COMO DIFERENCIAL.....	51
DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO	
SINDROME DE MIRIZZI, REPORTE DE UN CASO.....	52
BACTERIEMIA POR VEILLONELLA ATYPICA , A PROPÓSITO DE UN CASO.....	53
SÍNDROME DE ORINA PÚRPURA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	54
BACTERIEMIA POR BACILLUS LINCHENIFORMIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	55
SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, SOSPECHA.....	56
DIAGNÓSTICA EN PUERPERIO	
ENFRENTAMIENTO DEL SÍNDROME PURPÚRICO EN LACTANTE:.....	57
A PROPÓSITO DE UN CASO.	
ILEÍTIS AGUDA EN HOSPITAL BASE DE LINARES, UN DESAFÍO.....	58
DIAGNÓSTICO: REPORTE DE UN CASO	
SINGULTO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CANDIDIASIS.....	59
ESOFÁGICA. REPORTE DE CASO	
MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTÖM, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	60

Trabajos de investigación.....	61
BASES MOLECULARES Y CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE COSTELLO, MUTACIÓN DE UNA VÍA DE SEÑALIZACIÓN VITAL.....	62
RESULTADOS DE TIMPANOPLASTÍA TIPO I ENDOSCÓPICA.....	63
SÍNDROME DE SJÖGREN Y AFECTACIÓN DE LA VOZ, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	64
MÉDICOS INCORPORADOS A ETAPA DE DESTINACIÓN: COMUNAS Y DIFICULTAD.....	65
ESPECIALIDADES MÉDICAS OFRECIDAS EN EL CONCURSO DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CON LOS PUNTAJES MÁS ALTOS.....	66
CONCURSO NACIONAL DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN UNIVERSIDAD Y PUNTAJE.....	67
ANÁLISIS CRÍTICO DE UN TEMA: TOCÓLISIS DE MANTENCIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE PARTO PREMATURO.....	68
ANÁLISIS CRÍTICO DE UN TEMA ESQUEMAS ANTIBIÓTICOS EN MUJERES CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRETÉRMINO.....	69
ANÁLISIS CRÍTICO DE UN TEMA: CORTICOIDES ANTENATALES EN REDUCCIÓN DE MORBILIDAD NEONATAL EN CESÁREAS ELECTIVAS.....	70

Declaración Pública Comité Organizador

Jornada Científica ACEMUMT 2022

Como comité organizador de la Jornada Científica y de Reciclaje ACEMUMT-IFMSA 2022, llevada a cabo por la Escuela de Medicina de la Universidad Mayor y la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Mayor (ACEMUMT), y en conformidad a la Resolución. Exenta 291 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, publicada el 21 de marzo de 2022, sobre la selección de médicos cirujanos para el ingreso a la etapa de destinación y formación, y concurso de becas para programas de especialización, declaramos lo siguiente:

El libro de resúmenes conformado por los trabajos seleccionados y presentados en el desarrollo de la Jornada Científica y Reciclaje ACEMUMT-IFMSA 2022, llevada a cabo el 25 de Junio del mencionado año, se ha emitido y difundido SÓLO en formato digital, no existiendo versión impresa elaborada por el comité organizador. Dicho libro se encuentra disponible para su descarga en la página web oficial de ACEMUMT: www.acemumt.cl en la sección "Libros Resúmenes". Agradecemos su atención y participación durante el JCYR 2022, nos despedimos hasta una próxima instancia de aprendizaje e investigación.

Atentamente:



Dr. José Luis Calleja Rivero
Director Escuela Medicina
Universidad Mayor sede Temuco

Carlos Daniel Torres Zamora
Presidente Academia Científica de
Estudiantes de Medicina Universidad Mayor
sede Temuco

AGRADECIMIENTOS

José Calleja, Juez Evaluador y Director Carrera de Medicina, UMT

Rossana Villalobos, Juez Evaluador y Sub Directora Carrera de Medicina UMT

Jorge Sanhueza, Juez Evaluador y Coordinador de Nivel e Investigación Carrera de Medicina UMT

Alix Soublette, Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

Víctor Rodríguez, Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

Yarli Mata, Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

Dulcesol Esteva, Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

Paulina Roca, Asistente Ejecutivo, Carrera de Medicina UMT

Carolina Lagos, Dirección General Estudiantil, UMT

Andrés Vargas, Dirección Regional de Comunicación Estratégica, UMT

Héctor Ochoa, Diario U Mayor

Javiera Medina, IFMSA Universidad Mayor, sede Temuco

Marcelo Parra, Fundación Karukeche

Héctor Cifuentes, Municipalidad de Temuco

Maricel Norambuena, SiempreGuapas Temuco

Víctor Vera, DramaUniformes

Amanda Rivas, RedBull

Noé Portillo, Grupo CTO

Organizadores

Carlos Torres, Presidente de ACEMUMT

Javiera Marchant, Vicepresidenta ACEMUMT

Catalina De La Barra, Secretaria ACEMUMT

Tamara Nuñez, Tesorera ACEMUMT

Jorge Muñoz , Delegado de Investigación ACEMUMT

Katalina Kehr, Delegada de Educación en Salud ACEMUMT

Vicente Harcha, Delegado de Educación en Salud ACEMUMT

Camila Cepeda, Delegada de Redes sociales ACEMUMT

CASOS CLÍNICOS

FIEBRE TIFOÍDEA: REPORTE DE CASO.

Autores y tutores: Lillo Barría María ¹, Cerdán Larrondo Valentina ¹, Melo Valenzuela Camila ¹, Zambrano Godoy Francisca ¹. Lagos Belmar Fernando ²

1. Interno (a) de Medicina Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

2. Médico cirujano, Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN

La fiebre tifoidea (FT) es una enfermedad infecciosa de transmisión fecal-oral causada por *Salmonella typhi* (ST). Es un problema de salud pública, principalmente en países superpoblados y con escasas medidas higiénicas donde provoca importante morbimortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado, paciente masculino, rural, de 74 años, consultó en urgencias por dolor punzante en hipocondrio izquierdo, de 1 mes de evolución, irradiado a dorso, asociado a hiporexia, baja de peso y constipación. TAC de abdomen evidenció 2 abscesos esplénicos de 70 y 33 mm de diámetro respectivamente, hipocaptantes, de aspecto isquémico. Se hospitalizó para estudio y manejo. Al sexto día de hospitalización se rescató hemocultivo periférico positivo para ST, se inició ciprofloxacino. Evolucionó febril, con bradicardia relativa, ictericia, mala perfusión. Exámenes de laboratorio evidenciaron anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes. Se cambió antibioterapia a Ceftriaxona logrando mejoría clínica y repuntado niveles de hemoglobina. Se drenaron los abscesos, cuyos cultivos fueron positivos para ST. Al completar 21 días de tratamiento hemocultivos de control resultaron negativos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La FT tiene baja incidencia en Chile, actualmente se sospecha y diagnostica poco. Su cuadro clínico incluye fiebre de patrón escalonado, cefalea, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento. Sin tratamiento la enfermedad sigue su curso característico: fiebre (hasta la cuarta semana) y aparición de manchas rosadas que desaparecen con digitopresión. Entre sus complicaciones se describen anemia, proteinuria, coagulopatía por consumo, colecistitis, hepatitis, perforación intestinal y neumonía. Menos frecuentemente puede producir abscesos.

A pesar de presentar una endemia baja, se debe reforzar en el personal de salud la sospecha diagnóstica frente al cuadro clínico compatible, ya que la enfermedad no está exenta de complicaciones, como en el caso expuesto donde se formaron abscesos esplénicos, lo cual es una forma de presentación poco frecuente.

PALABRAS CLAVE:

Salmonella, Fiebre Tifoidea, Absceso.

MENINGITIS AGUDA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Oyarce Oyarce Karina¹; Flores Flores Jorge²; Rodríguez Sanhueza Felipe²; Paz Paz Luis³.

1. Interno medicina, Universidad Católica del Norte. Sede Coquimbo.
2. Alumno Medicina, Universidad Católica del Norte. Sede Coquimbo.
3. Tutor y Médico general, Hospital Provincial de Ovalle.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una infección causada por mycobacterium tuberculosis, que afecta con mayor frecuencia los pulmones, sin embargo, hasta 1/3 de los casos corresponden a infecciones extrapulmonares, siendo una de las más graves el compromiso del sistema nervioso central, pudiendo presentarse de 3 formas, meningitis, tuberculoma o aracnoiditis. La meningitis tuberculosa afecta principalmente a la población infantil y adultos coinfectados con VIH/SIDA. A menudo se presenta con cefalea, cambios mentales leves después de un pródromo de 1-2 semanas de fiebre baja, malestar general y anorexia. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. Objetivo: Dar a conocer una presentación clínica poco frecuente de meningitis tuberculosa, para favorecer la sospecha precoz y tratamiento oportuno de dicha patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 57 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 2 días de evolución, caracterizado por fiebre, compromiso del estado general y desorientación en tiempo, espacio y persona. A su ingreso paciente estable, en buenas condiciones generales, desorientado, sin focalidad neurológica. Se realizan exámenes de laboratorio sin hallazgos patológicos, test de Elisa VIH (-), tomografía cerebral normal. Paciente evoluciona con deterioro clínico, con rigidez de nuca y convulsión tónica clónica generalizada. Se realiza punción lumbar que destaca leucocitosis de predominio mononuclear, glucosa 65 mg/dl, proteínas 381 mg/dl, tinción gram (-), Cultivo (-), ADA 5. Se inicia tratamiento antituberculoso

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La meningitis tuberculosa es una forma grave de tuberculosis, asociada a alta morbimortalidad, sobre todo en pacientes coinfectados con VIH, sin embargo, de mejor pronóstico en quienes no presentan coinfección. Su presentación clínica es inespecífica, usualmente subaguda, por lo que se requiere alta sospecha para su diagnóstico. El tratamiento precoz se relaciona directamente con el pronóstico y sin tratamiento la mortalidad es cercana al 100%.

PALABRAS CLAVE:

Mycobacterium, tuberculosis, meningitis, infección sistema nervioso central.

PATOLOGÍA URACAL, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO

Autores y tutores: Cerdán Larrondo Valentina¹, Laroze Olivares Joaquín¹, Lillo Barría María Francisca¹, Melo Valenzuela Camila¹, Pletikosic Bonacic Milan².

1. Interno de Medicina Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Entre las anomalías del uraco está el quiste uracal (QU), ocurre en 1/5000 nacimientos. Se forma cuando los extremos umbilical y vesical del lumen uracal se obliteran, mientras en la porción central permanece conteniendo líquido. Suelen permanecer asintomáticos, hasta que debutan clínicamente sus complicaciones, la más frecuente es la infección: da lugar a un cuadro característico que permite diagnóstico y tratamiento precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado, paciente masculino de 13 años consultó en urgencias por dolor de intensidad progresiva periumbilical en fosa iliaca derecha (FID), empeoraba con movimientos. Asociado a disuria y rechazo a la alimentación. Al examen físico destacaba taquicardia, fiebre, ruidos hidroaéreos disminuidos, abdomen blando, sensibilidad a la palpación y una masa difusa en FID. Exámenes de laboratorio: PCR 62.1, recuento de leucocitos 11.160/uL. Se realizó ecografía abdominal y pelviana, informe describía: divertículo uracal y QU complicado (signos inflamatorios orientaban infección). Se hospitalizó para manejo con antibioterapia, analgesia y resolución quirúrgica diferida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Clínicamente el QU infectado se manifiesta con fiebre, dolor periumbilical, con o sin infección urinaria y en ocasiones masa palpable suprapúbica. Para la evaluación diagnóstica se comienza con ecografía;

permite la localización de la masa, reconocer sus límites y sospechar infección. El tratamiento es quirúrgico. En caso de infección se realiza primero antibioterapia para resolver la inflamación, y luego cirugía. Newman et. al propuso que el tratamiento se podría realizar en un tiempo, debido al advenimiento de nuevos antibióticos. Sin embargo, Mccollum et.al evidenciaron mayor cantidad de complicaciones postoperatoria con esa técnica.

La baja incidencia de esta patología lleva a un diagnóstico erróneo frecuentemente, debe reconocerse como diagnóstico diferencial de abdomen agudo, sobre todo en pediatría. Considerando la evidencia, en nuestro caso se optó por el uso de antibioterapia enfriando la inflamación, procurando su confinamiento, y posteriormente la exéresis del hallazgo.

PALABRAS CLAVE: Acute abdomen, Embriology, Treatment, Urachal cyst.

LOXOSCELISMO CUTÁNEO VISCERAL CON EVOLUCIÓN A FALLA RENAL AGUDA.

Autores y tutores: Roca Navarrete Pastora^{1,a}, Chamorro Silva Victoria^{1,a}, Ormeño Muñoz Carlos.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile.

a. Interna de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN

El loxoscelismo es el cuadro clínico producido por la mordedura de arañas *Loxosceles*. Puede presentarse como loxoscelismo cutáneo (83.3%) o cutáneo-visceral (13-16%) con manifestaciones sistémicas y mortalidad de 1 a 3 %.

Loxosceles laeta, presente en Chile, se asocia a mayor gravedad. Ahí radica la importancia del loxoscelismo como problema de salud pública. Mas, no existen datos estadísticos que muestren su real incidencia, ni un manejo estándar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente 23 años, sin antecedentes mórbidos, consulta urgencias por mordedura de araña de rincón en brazo, es dado de alta con educación de signos de alarma. Reconsulta al día siguiente, por fiebre persistente, orinas oscuras y dolor en extremidad. Ingresa bradicárdico, normotenso, febril y anúrico. Destaca ictericia de mucosas y eritema plantar. En laboratorio, destacan 3 muestras hemolizadas, hemoglobina 11.9, que empeora a 10.8 en 5 horas. Evoluciona con coagulación intradispersada (CID), disnea y sobrecarga de volumen pese a volemicización agresiva. Se instala catéter de hemodiálisis y se realiza plasmaféresis.

Durante la estadía hospitalaria, persiste con falla renal aguda en hemodiálisis y anemia hemolítica. Se decide instalación de catéter tunelizado para continuar terapia de reemplazo renal al alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El loxoscelismo cutáneo visceral, es una manifestación clínica grave, independiente de

la extensión de la mordedura de araña, y de las comorbilidades paciente, que puede llevar a una enfermedad renal crónica o incluso a la muerte.

Si bien en nuestro medio es un importante problema de salud pública, no existen datos concretos acerca de la incidencia ni del enfrentamiento.

Es relevante conocer el problema de salud que significa el loxoscelismo en nuestro país. La gran variabilidad de la severidad del cuadro, independiente de los factores de riesgo del paciente, determina la importancia de conocer esta patología, para evitar una mala evolución, que podría causar un importante deterioro en la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE:

Anemia hemolítica, falla renal aguda, loxoscelismo.

FIBROQUERATOMA ACRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: González Díaz, Javiera¹; Henríquez Hernández, Víctor¹; Guzmán González, Montserrat¹; Mantilla Leal, Andrés¹; Leal de Mantilla, Belkis²; Soubllette Sánchez, Alix³.

1. Estudiante de medicina. Universidad Mayor de Temuco.
2. Dermatóloga docente, Hospital Intercultural Nueva Imperial.
3. Médico de Urgencia, Docente Universidad Mayor de Temuco

INTRODUCCIÓN

El fibroqueratoma acral es un tumor benigno de tejido fibroso poco frecuente, el cual se manifiesta como una lesión pápulo nodular solitaria, generalmente en dedos. Se presenta mayormente en hombres, con una edad media de 40 años. Su etiología es desconocida. El tamaño suele ser pequeño, aproximadamente de 3 a 5 mm, pero puede llegar a alcanzar más de 1 cm.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial. Consulta por lesión dolorosa solitaria en pie de aproximadamente cinco años de evolución. Al examen físico se observa tumor color piel de superficie lisa, consistencia dura, pendulado, en talón derecho de 1,5 cm de diámetro. Ante sospecha de tumor benigno de piel se realiza biopsia que informa alteraciones morfológicas compatibles con fibroqueratoma acral. Se decide manejo con exéresis por shave de lesión, presentando una evolución favorable posterior al procedimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El fibroqueratoma acral es una lesión tumoral fibroepitelial benigna, típicamente solitaria y poco común. Puede ser asintomático o llegar a ser muy doloroso, presentándose en su mayoría en dedos de las manos y pies, sin embargo, se han reportado otras localizaciones como palmas, rodillas o talones, como es el caso del paciente expuesto. Su etiología se ha relacionado a

microtraumatismos a repetición, pero en la mayoría de los casos su causa es criptogénica. La lesión fue catalogada por la paciente como muy dolorosa, pudiendo deberse a su ubicación en una zona de presión debido al calzado. El diagnóstico es histopatológico debido al amplio número de diagnósticos diferenciales a descartar. Su tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica y sus recurrencias son escasas.

El fibroqueratoma acral es un tumor benigno de piel poco frecuente que debe ser diferenciado de otras lesiones cutáneas similares. El rol del médico general debe ser la identificación oportuna, para planear tratamiento y aliviar las molestias.

PALABRAS CLAVE:

Acquired digital fibrokeratoma, Skin Neoplasms, Tumor, Connective Tissue Neoplasm.

MELANOMA MALIGNO VARIEDAD NODULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: González Díaz, Javiera¹; Vallejos Castillo, Fernanda¹; Aravena Bravo, Pablo¹; Mantilla Leal, Andrés¹; Leal de Mantilla, Belkis²; Soubllette Sánchez, Alix³.

1. Estudiante de medicina. Universidad Mayor de Temuco.
2. Dermatóloga, Hospital Intercultural Nueva Imperial.
3. Médico de Urgencia, Docente Universidad Mayor de Temuco.

INTRODUCCIÓN

El melanoma cutáneo es un tumor maligno producido por la transformación de melanocitos derivados de la cresta neural. De todos los subtipos de melanoma, el nodular es el segundo más común, diagnosticándose con mayor frecuencia durante la sexta década de vida. Representa entre 9-14% de los melanomas invasores. Debido a su alta tasa de crecimiento mitótico, gran invasión local y metástasis a órganos vitales, a menudo presenta muy mal pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 77 años con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial en tratamiento. Consulta por lesión hiperpigmentada en región anterior de pierna derecha de tres años de evolución. Al examen físico destaca mácula negruzca de 3 cm x 3,5 cm de diámetro, bordes irregulares bien definidos, con extremo de coloración marrón y centro hiperqueratósico discrómico. Se sospecha melanoma maligno (MM) y se solicita biopsia cutánea que informa melanoma maligno variante nodular ulcerado nivel IV de Clark de 5 mm de extensión superficial y 2,5 mm de espesor.

establecer una sospecha inicial. En el caso expuesto se contaba con todos los criterios por lo que ante sospecha de malignidad se decidió estudiar lesión.

Conocer la presentación clínica clásica del MM por parte del personal de salud es de gran importancia, ya que su sospecha temprana permitirá una derivación y diagnóstico precoz, lo que aumenta de manera importante la sobrevida en pacientes con MM nodular.

PALABRAS CLAVE:

nodular melanoma, skin cancer, melanoma, Clark level.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El MM es el cáncer cutáneo de mayor mortalidad y letalidad. En los últimos 50 años se ha visto un rápido aumento a nivel global de su incidencia, es por esto, que su diagnóstico, derivación y tratamiento precoz son de vital importancia. La aplicación del ABCDE (asimetría, bordes irregulares, cambio de color, diámetro >6 mm y evolución con cambios en forma, color y/o tamaño) es una herramienta útil para

NEUROFIBROMATOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Manríquez González Catalina^{1,a}; Méndez Azar Nicole^{1,a}; Rodríguez Uribe Victoria^{1,a}; Sepúlveda Zapata Joaquín^{1,a}; Leal de Mantilla Belkis^{1,b}.

1.Servicio de Dermatología, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén, Chile.
a.Interno Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.
b.Médico Dermatólogo, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén, Chile.

INTRODUCCIÓN

La neurofibromatosis consiste en un desorden genético que afecta principalmente al sistema nervioso central, huesos, músculos y piel. Existen dos tipos de neurofibromatosis, el tipo I (NF-1) o generalizada, que tiene expresividad variable, y el tipo II (NF-2) o neurofibromatosis acústica bilateral, que afecta principalmente al nervio acústico y a la retina, este caso nos referiremos a la NF-1. El diagnóstico de la NF-1 es clínico, utilizándose con más frecuencia los criterios establecidos por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH), destacando entre ellos las manchas café-con-leche y los neurofibromas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial primaria, dislipidemia, cataratas, mareos de larga data e hipoacusia de conducción bilateral. Consulta por primera vez en policlínico de Dermatología por dermatosis generalizada, bilateral y asimétrica, caracterizada por múltiples tumores de consistencia blanda, la mayoría pendulados, de tamaño variable, superficie lisa, color piel, dolorosos en zona del cuero cabelludo, además en pliegues axilares y tórax presenta máculas color marrón claro de superficie lisa, de 0.1 cm de diámetro. Se solicita evaluación por neurología, sin focalidad neurológica al examen físico, y solicitan resonancia de cerebro que informan cómo sin lesiones aparentes. Además, se solicita evaluación por oftalmología y otorrinolaringología, descartándose compromiso central o acústico y complicaciones sistémicas, diagnosticando así NF-1 no complicada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Una vez diagnosticada la NF-1 es muy importante descartar complicaciones a nivel sistémico, tales como trastornos del aprendizaje, convulsiones, tumores, neuropatía, hipertensión, trastornos de la visión y trastornos endocrinos, además de

educar al paciente respecto a continuar con controles periódicamente ya que esta patología se asocia a mayor riesgo de desarrollar fibrosarcomas.

Dada su prevalencia (1/3.000 personas) y la implicancia de sus complicaciones, es importante como médico general conocer esta condición para poder sospecharla clínicamente y derivar oportunamente a especialistas mencionados anteriormente, para descartar cualquier compromiso sistémico.

PALABRAS CLAVE:

Dermatología, Neurofibromatosis 1, Neoplasia.

Tratamiento en 2 tiempos de tumor óseo en pulgar: una alternativa a la amputación.

Autores y tutores: Michelsen Pezantes Valentina Andrea ¹, Veneros Gallardo Pablo Andres¹, Lienlaf Vergara Constanza Belen ¹. Ortiz Falloux Katherine Margaret ², Chávez Bounserio Julio ^{3,4}, Alemany Varela Camila⁵

1. Interna(o) 7° Año, carrera Medicina, Universidad Mayor, Santiago de Chile.
2. Estudiante 4° Año, carrera Medicina, Universidad Mayor Temuco, Temuco Chile.
3. Traumatólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago de Chile.
4. Profesor asistente, Universidad Mayor, Santiago de Chile.
5. Becada de Traumatología, Universidad de Valparaíso, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos en la mano son particularmente raros. El abordaje quirúrgico es poco conocido, cuyo tratamiento debe incluir quimioterapia o radioterapia según su histología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 23 años con antecedentes de mielomeningocele y vejiga neurogénica con cateterismo intermitente. Refiere desde noviembre de 2021 un aumento de volumen e inflamación en pulgar izquierdo. Consulta con Traumatología en Iquique, quien sospecha tendinitis. Se realiza ecografía de partes blandas que impresiona lesión de aspecto tumoral en primera falange proximal izquierda. Ante hallazgo especialista sugiere amputar pulgar en contexto de neoplasia. Paciente decide consultar en el Hospital Clínico de la Fuerza Aérea en Santiago, donde se le ofrece conservar aspecto y parte de funcionalidad de la mano. En pabellón se extirpa el tumor, se manda tejido a biopsia, y se fijan tutores externos en el pulgar. Se rescata biopsia que descarta malignidad. En un segundo tiempo, se rescata autoinjerto óseo del radio y se usa para completar artrodesis en articulación interfalángica proximal. Paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En un contexto de inmunosupresión, asociado al riesgo de contraer infecciones como lo es el sondaje vesical intermitente, existe la posibilidad de que un agente infeccioso se aloje en el tejido óseo, provocando inflamación crónica y daño del tejido. El autoinjerto óseo es el Gold Standard para cirugías de reconstrucción del aparato musculoesquelético. Es clave contar con una biopsia de respaldo y considerar las alternativas quirúrgicas existentes, dado que la amputación conlleva riesgos tanto en la funcionalidad y calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE

Neoplasm, amputation, arthrodesis, autograft.

Stroke Mimic en contexto de trastorno conversivo y debilidad adquirida de paciente crítico: Reporte de un caso.

Autores y tutores: Veneros Gallardo Pablo¹, Michelsen Pezantes Valentina¹, Rojas Ramírez José¹, Ortiz Falloux Katherine², Páez Moya Francisco^{3,4}

1. Interno(a) 7° año, carrera Medicina, Universidad Mayor, Santiago de Chile.
2. Estudiante 4° año, carrera Medicina, Universidad Mayor Temuco, Temuco, Chile
3. Médico internista, Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile
4. Profesor asistente, Universidad Mayor, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes cerebrovasculares isquémicos son la primera causa de discapacidad a nivel mundial y una de las primeras causas de muerte. Los imitadores de accidentes cerebrovasculares isquémicos o “Stroke mimics” pueden formar parte de un gran porcentaje de casos diagnosticados como ictus agudo e inclusive ser trombolizados. Corresponden a toda aquella patología no vascular que se presenta como un ictus isquémico agudo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 52 años, con antecedentes de hipertensión arterial, neumonía por covid-19 grave hace 1 año, disfonía secundaria y polineuropatía del paciente crítico en rehabilitación. Ingresó a servicio de urgencias derivada desde sesión consultorio por disartria. Ingresó en ventana para realizar trombólisis. Evaluada en urgencias; se encuentra vigil, desorientada en tiempo, orientada en espacio, se conecta con examinador, sigue órdenes simples, lenguaje fluente, atingente, nomina, comprende y repite. Presenta disartria leve, disfagia, paresia facial central izquierda, hipoestesia en hemicara izquierda, hemiparesia disarmónica izquierda braquial y crural, hipotonía ipsilateral, reflejos presentes y simétricos. Escala NIHSS: 12 puntos. Se realiza tomografía axial computarizada de cerebro sin contraste más angiotomografía de cerebro

sin hallazgos. Bajo criterio clínico se tromboliza. Durante hospitalización evoluciona con sintomatología errática, presentando variabilidad en disfagia y síntomas en extremidades no compatibles con rehabilitación esperada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La urgencia con la que se deben tomar decisiones en el caso de un accidente cerebrovascular agudo en ocasiones no permite realizar un diagnóstico diferencial adecuado; dentro de estos se debe considerar el trastorno conversivo.

PALABRAS CLAVE:

Ischemic stroke, conversion disorder, Iatrogenic Disease.

TRAUMA OCULAR GRAVE, ESTALLIDO OCULAR. CONDUCTA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Aguilera Abarca Nicolás.¹, Monsalve Gayoso Alejandro² Figueroa Navarro Julián³

1. Interno Medicina Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
2. Médico Residente Oftalmología, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
3. Médico Residente Cirugía General Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN

Dos mecanismos principales pueden alterar la integridad del globo ocular: penetración/perforación/laceración y ruptura debido a una fuerza contundente. Diagnóstico se basa en anamnesis y examen oftalmológico clínico. Imágenes no son necesarias para el diagnóstico. Más común en hombres. Dos veces más frecuente en menores de 40 años que en los mayores.

Ojo afectado debe cubrirse con parche o compresa estéril. Extracción de cuerpos extraños no debe realizarse en atención primaria. Evitar maniobras que aumenten presión intraocular. Antieméticos, analgesia y reposo hasta evaluación por especialista lo antes posible. Son propensas al tétanos, deben recibir refuerzo si historial de inmunización es incierto o incompleto. Gotas antibióticas tópicas se pueden administrar profilácticamente para disminuir riesgo de endoftalmitis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 36 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en Urgencias por dolor intenso de 10 horas de evolución y sangrado en ojo derecho posterior a trauma ocular por riña en vía pública bajo estado de ebriedad, no recuerda mecanismo.

Examen físico: Gran edema y equimosis palpebral derecha, exoftalmo y pérdida de 100% visión. Laceración del globo ocular de 5mm aprox. en porción lateral derecha de ojo, con lo que se realiza el diagnóstico de estallido ocular. Se deriva a centro de referencia: Unidad de Trauma Ocular (UTO) Hospital El Salvador, Santiago.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En Estados Unidos, casos de estallido ocular son 3 por 100.000. Aunque no es frecuente,

hay que conocer el manejo debido a su gravedad, requiere diagnóstico y tratamiento urgentes. Como en este caso, el abuso de sustancias se relaciona con mayores tasas de trauma ocular.

Lesión de globo abierto, es una de las principales causas de discapacidad visual permanente y ceguera mundialmente. A pesar de avances tecnológicos, la pérdida de la visión puede ser inevitable en gran número de casos. Traumatismos oculares son importantes por su carácter prevenible.

PALABRAS CLAVE "Ocular trauma", "Contusion", "Ocular globe rupture" "Open globe injury"

Presentación atípica de infección por Bartonella, neurorretinitis sin afectación ganglionar: Reporte de un caso.

Autores y tutores: Rojas Ramírez José¹, Lienlaf Vergara Constanza¹, Veneros Gallardo Pablo¹, Ortiz Falloux Katherine², Zelada Ramírez Patricia^{3,4}

1. Interna(o) 7° Año, carrera Medicina, Universidad Mayor, Santiago de Chile.
2. Estudiante 4° año, carrera Medicina, Universidad Mayor Temuco, Temuco Chile.
3. Pediatra, Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile.
4. Profesor asistente, Universidad Mayor, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es una zoonosis causada por Bartonella Spp, transmitido por el arañazo, mordedura o contacto con pulgas de un gato portador. Es una de las causas más frecuentes de adenopatía crónica y Síndrome febril sin foco en pediatría. La presentación típica (80-90%) se caracteriza por linfadenopatías regionales, la presentación atípica (10%) no presenta adenopatías, pero sí diseminación sistémica del agente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 13 años, dueño de gato, que consulta por cuadro de fiebre alta intermitente asociada a dolor abdominal, y disminución de agudeza visual de ojo izquierdo en los últimos 4 días. Al examen físico se observan arañazos de gato en piel, sin adenopatías. En el estudio destaca PCR 162; Serología para Bartonella (+) >1/512; Neurorretinitis izquierda en fondo de ojo; Ecografía de abdomen indica esplenomegalia. Se hospitaliza con diagnóstico de neurorretinitis secundaria y se inicia tratamiento antibiótico con rifampicina y doxiciclina. Evoluciona de manera favorable y es dado de alta al octavo día, con tratamiento antibiótico (Claritromicina 1 gr/día y Ciprofloxacino 1 gr/día) y corticoide oral (Prednisona 60 mg/día) por 6 semanas

asociado, control ambulatorio en oftalmología e infectología, con pronóstico visual favorable dado el diagnóstico temprano.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se debe considerar la manifestación sistémica y/o ganglionar de la enfermedad, ya que, de no ser tratada a tiempo, eleva considerablemente la morbimortalidad del paciente. Como prevención se recomienda el control de pulgas que son las responsables de la transmisión del agente, más que de evitar el contacto con gatos.

PALABRAS CLAVE:

Arañazo de gato, Bartonella Spp, síndrome febril prolongado, linfadenopatías.

HIPEREMESIS GRAVÍDICA CON HALLAZGO DE NEUMOMEDIASTINO, REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Betancur Caro Álvaro¹, Candia Morales Marco¹, Aguilera Rodríguez Francisco¹, Silva González Camila¹, Ormeño Muñoz Carlos².

1. Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

2. Médico Cirujano, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La hiperemesis gravídica (HG) es una enfermedad del embarazo, caracterizada por náuseas y vómitos prolongados, provocando deshidratación, cetonuria y pérdida mayor del 5% de peso corporal. Es el motivo de ingreso hospitalario más frecuente durante la primera mitad del embarazo y la segunda más frecuente durante la gestación. Dentro de sus complicaciones destacan: alteraciones hidroelectrolíticas, lesión renal aguda, encefalopatía de Wernicke, depresión, hemorragia, neumotórax, neumomediastino (NM), neumopericardio, rabdomiólisis y perforación esofágica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años, primigesta, cursando embarazo de 32 + 1 semanas acude a Servicio de Urgencias de Maternidad Hospital San José por tres días de vómitos de gran cuantía asociados a intolerancia oral y baja de peso significativa. Cuenta con cinco hospitalizaciones previas por cuadros de HG. Al ingreso con signos de deshidratación. En laboratorio destaca hiponatremia leve, hipokalemia, hipertransaminemia y función renal alterada. Manejada con Ringer Lactato, metoclopramida horario y corrección de trastornos hidroelectrolíticos. En tomografía computarizada se evidencian burbujas de aire en mediastino epicárdico, sin repercusión clínica. Endoscopia digestiva alta sin rotura esofágica. Evoluciona favorablemente logrando el alta a los 12 días.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

NM es una complicación rara de la HG, descrito con mayor frecuencia en la segunda mitad del embarazo. Ante su hallazgo, es prioritario descartar perforación esofágica, ya que, su manejo requiere evaluación quirúrgica inmediata, antibióticos de amplio espectro y volemicización. Al descartarla podremos realizar el manejo del NM que usualmente será conservador con medidas de soporte, analgesia y antieméticos. Como conclusión es fundamental reconocer el NM como complicación de HG durante el embarazo.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Cesárea, Efectos adversos a largo plazo, Parto Prematuro.

ISTMOCELE EN EMBARAZO CON SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO, REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Betancur Caro Álvaro¹, Candia Morales Marco¹, Aguilera Rodríguez Francisco¹, Silva González Camila¹, Ormeño Muñoz Carlos².

1. Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

2. Médico Cirujano, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

El istmocele es una complicación a largo plazo poco frecuente del parto por cesárea, caracterizada por una cicatrización miometrial inadecuada. La ecografía transvaginal es el método diagnóstico más utilizado. Su clínica característica es el spotting postmenstrual. La decisión de tratarlo se evalúa caso a caso. Entre las complicaciones se encuentran el embarazo en cicatriz de cesárea y la rotura uterina. El objetivo de este reporte es presentar un caso de embarazo con síntomas de parto prematuro que presenta un istmocele concomitante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 35 años con antecedente de cesárea, cursando embarazo de 29 + 6 semanas, con diagnóstico de istmocele a las 6 semanas. Ingresó por contracciones uterinas dolorosas de 3 horas de evolución asociado a dolor pélvico de 3 semanas de evolución. Tacto vaginal sin cambios cervicales. Ecografía transvaginal: cervicometría 31mm, dehiscencia uterina de 6 mm de grosor cubierta por peritoneo. Se hospitaliza y maneja como síntomas de parto prematuro con Indometacina 100 mg y 25 mg c/4 horas y Betametasona 12 mg intramuscular c/24 horas por 2 dosis. A las 48 horas presenta metrorragia, contracciones y desaceleraciones en el registro basal no estresante, asociado a modificaciones cervicales. Se realizó cesárea sin incidentes y se observó pared uterina adelgazada cubierta por peritoneo prevesical. Evoluciona favorablemente y es dada de alta a las 72 horas post interrupción del embarazo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En los últimos años, la tasa global de partos por cesárea ha ido en aumento, y en ese contexto, la prevalencia del istmocele, también. Es necesario crear guías clínicas para el manejo de pacientes embarazadas con síntomas de parto prematuro que presentan un istmocele concomitante. La conducta expectante podría considerarse manteniendo una observación activa de la paciente. Es relevante conocer las complicaciones a largo plazo del parto por cesárea, además de llevar a cabo este procedimiento sólo por razones médicas justificadas.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Cesárea, Efectos adversos a largo plazo, Parto Prematuro.

SÍNDROME DE MAY-THURNER, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Aguilera Abarca Nicolás.¹, Venturelli Escobar Constanza¹, Figueroa Navarro Esteban², Figueroa Navarro Julián³

1. Interno Medicina Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

2. Alumno Medicina Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile

3. Médico Residente Cirugía General Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de May-Thurner (MTS) síndrome de compresión venosa en que la vena ilíaca común izquierda se comprime entre columna lumbar y arteria ilíaca común derecha. Hay variaciones en que extremidad inferior derecha puede afectarse. Si bien la mayoría de los casos son asintomáticos, puede causar morbilidad grave en sintomáticos, más comúnmente trombosis venosa profunda y secuelas posttrombóticas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 44 años, consulta en Urgencias debido a dolor lumbar izquierdo de 4 días, sin síntomas adicionales, refiere día anterior presentar aumento de volumen de extremidad inferior izquierda, niega dolor, afebril, ingresa claudicando.

Examen físico: asimetría extremidades, aumento volumen muslo y pierna izquierda, color violáceo, palpación: temperatura normal, indurado en toda la extensión. Signo de la fóvea (-), pulsos distales presentes, sin eritema ni signos de infección.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos: 11.350, PCT 13.6.

Ecografía Doppler Venosa, sin evidencia de trombosis venosa profunda (TVP), grosor normal de tejido celular subcutáneo.

Persiste sospecha, AngioTAC con fase venosa de extremidad afectada. Informe: trombosis de vena iliaca externa e iliaca común izquierda, con permeabilidad de la Arteria femoral común, hallazgos compatibles con síndrome de May – Thurner.

Se hospitaliza y se inicia tratamiento con anticoagulación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La ecografía tiene sensibilidad del 95% para TVP proximal, pero utilidad limitada en evaluación de vena cava inferior (VCI) y venas ilíacas; por lo tanto, ante sospecha TVP iliofemoral, es mejor una TC o venografía por resonancia magnética. No hay consenso en su manejo. La instalación de stents endovasculares, tiene un papel crucial, pero tasas de complicaciones cercanas al 40%. Se requieren más investigaciones para estandarizar el manejo.

Ocurre en hasta el 22-32% de la población. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes con predominio durante embarazo o uso de anticonceptivos orales. Hay que tener un alto índice de sospecha especialmente en esta población.

PALABRAS CLAVE: “Venous Thrombosis”, “May-Thurner Syndrome”, “Iliac Vein”, “Venous Thrombosis / diagnostic imaging”.

QUERATITIS FUNGICA POR ASPERGILLUS, IMPORTANCIA DE SU SOSPECHA Y MANEJO PRECOZ. REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Aguilera Abarca Nicolás.¹, Marinao Mayorga Camila¹, Monsalve Gayoso Alejandro², Figueroa Navarro Julián³

1. Interno Medicina Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
2. Médico Residente Oftalmología, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
3. Médico Residente Cirugía General Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN

Queratitis fúngica, infección de córnea causado por hongos. Debe diferenciarse de otras afecciones de córnea con presentación similar; especialmente bacteriana, que representa la mayoría de las infecciones corneales. Pueden ser hongos filamentosos o levaduras. Características clínicas: infiltrados corneales con bordes plumosos y/o superficie elevada, epitelio intacto con compromiso estromal profundo, placas endoteliales. Raspado de córnea es obligatorio para diagnóstico. Iniciar manejo médico con colirios antimicóticos y agentes sistémicos precozmente. Numerosos casos requerirán intervenciones quirúrgicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años, sin antecedentes de trauma, consulta en Urgencias por 1 semana de dolor ocular, ojo rojo y disminución agudeza visual. Examen físico: úlcera corneal del ojo derecho, agudeza visual disminuida. Recibió colirios Tobramicina / Dexametasona, 7 días hasta evaluación oftalmológica, describen: inyección conjuntival, defecto epitelial corneal, infiltrado estromal extenso, adelgazamiento central, hipopión cámara anterior. Indicación: Gatifloxacino, raspado corneal para directo y cultivo. 48hrs: empeora inyección conjuntival, defecto epitelial corneal, infiltrado, e hipopión. Biopsia y cultivo corneal: hongo filamentoso, probable Aspergillus. Cultivo corneal: Aspergillus. Inicia colirios Anfotericina B + Voriconazol. Por aumento tamaño de úlcera e hipopión, se realiza recubrimiento conjuntival en pabellón. Se administra Voriconazol intraestromal, postoperatorio sin inconvenientes. Se realizó Queratoplastia Penetrante con objetivo

tectónico y óptico, evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Alto índice de sospecha es muy importante. Características que hacen sospechar son: infiltrado estromal, ulceración en anillo, hipopión, exudados endoteliales y perforación corneal, características que encontramos en este caso. Factores de riesgo: trauma, enfermedad de superficie ocular, uso tópico de esteroides, en este caso no los encontramos. Es una infección ocular grave con resultados visuales potencialmente catastróficos. Pérdida visual severa en 26% a 63% de los pacientes. Síntomas son similares a cualquier infección corneal. En algunos casos, lesiones son sutiles, lo que retrasa el diagnóstico y, por lo tanto, el tratamiento. No respuesta antibióticos y empeoramiento con esteroides hace sospecharlo.

PALABRAS CLAVE: Keratitis/diagnosis; Cornea/ microbiology; Eye infections, fungal; Keratitis / therapy

NEFROPATÍA LUPICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE GLOMERULONEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Contreras Brandt Francisco¹, García Soto Renato¹, Garrido Martínez Patricia¹, Hidalgo Espinoza Elizabeth², Carrasco Espina Alvaro³.

1. Interno de Medicina Universidad Mayor Temuco, Región de la Araucanía, Chile
2. Estudiante de Medicina Universidad Mayor Temuco, Región de la Araucanía, Chile
3. Médico Hospital San José de Victoria, Región de la Araucanía, Chile.

INTRODUCCIÓN

La glomerulonefritis rápidamente progresiva es un síndrome clínico que se presenta como una inflamación inmunomediada en el glomérulo, la cual se manifiesta con deterioro de la función renal en un corto periodo de tiempo, ya sea, días, semanas o meses¹. Con una incidencia de aproximadamente 7/1.000.000 al año². Este deterioro, sin una pesquisa y tratamiento oportuno, puede llevar al paciente a una enfermedad renal crónica en fase terminal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 71 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica etapa 3, consultó en el servicio de urgencias por un cuadro de 4 días de evolución caracterizado por disnea, fatiga, edema generalizado, tos e hipertensión hasta 160/132 mmHg. Se indicó radiografía de tórax que mostró infiltrado intersticial bilateral, sin foco de condensación ni derrame pleural evidente. Al laboratorio destaca: Hemoglobina 7,2 Leucocitos 3.600 Plaquetas: 82.000 Creatinina: 2.26. Orina completa compatible con hematuria. Ingresó para manejo de cuadro compatible con glomerulonefritis, evolucionando de forma tórpida con aumento de la creatinina sérica hasta 5.23 mg/dl y persistencia del edema. A los exámenes inmunológicos destacó: Anticuerpos ANA: positivos 1/320. C3 y C4: disminuidos. Anticuerpos Anti-DNA: Negativo. Anticuerpos ANCA: Negativos.

Perfil ENA: Negativo. La biopsia renal no realizada por falta de insumos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La glomerulonefritis rápidamente progresiva, puede ser un reto clínico, no tan solo por su diagnóstico, sino que, por su manejo, ya que en gran parte de los casos pueden coexistir y confundirse múltiples patologías, por ello lo más importante es identificar cuanto antes la causa y tratarla directamente. Si bien la primera línea de tratamiento suele ser los corticoesteroides, la identificación precoz de la causa permite tomar decisiones terapéuticas que son importantes para el pronóstico a largo plazo del paciente, como lo es el posible uso de anticuerpos monoclonales en caso de tratarse de una posible nefropatía lúpica, como en este caso.

PALABRAS CLAVE:

Glomerulonephritis, Lupus Nephritis, Renal Insufficiency.

HEMATOMA DEL MÚSCULO ILIOPSOAS SECUNDARIO A ANTICOAGULACIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Hidalgo Espinoza Elizabeth¹, Contreras Brandt Francisco², Garrido Martínez Patricia², García Soto Renato², Aguilera Cano Nicolas³.

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor - Sede Temuco.

2. Interno de medicina, Universidad Mayor - Sede Temuco

3. Médico General, Hospital Victoria.

INTRODUCCIÓN

El sangrado es el efecto adverso más temido de la anticoagulación. Al respecto, se estima que entre un 1-4% de los usuarios de antagonistas de vitamina K presentará sangrado mayor. El hematoma del iliopsoas espontáneo es un diagnóstico infrecuente, generalmente unilateral y suele asociarse a diátesis hemorrágicas. Tiene manifestaciones variadas, que van desde una disfunción neurológica por compresión nerviosa hasta un shock hipovolémico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 71 años, con antecedente de Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo y Tromboembolismo Pulmonar, en su cuarto día de anticoagulación con Acenocumarol, presenta cuadro de dolor abdominal progresivo en flanco izquierdo asociado a náuseas, sudoración e inestabilidad hemodinámica. En exámenes destaca: Hemoglobina 9.4 mg/dl, lactato 7.73, crea 1.94, tiempo protrombina 34.6, índice internacional normalizado en 3. Se solicita TAC de tórax abdomen y pelvis con contraste que informa: Colección en relación con el psoas de dimensiones 17x12x11mm, compatible con hematoma de psoas izquierdo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El manejo del hematoma iliopsoas va a depender de sus dimensiones y del estado hemodinámico de la paciente. En este caso, dado su tamaño reducido, se optó por

suspender anticoagulación y un manejo conservador con cristaloides y transfusión con hemoderivados.

En casos de hematomas de gran tamaño con compromiso hemodinámico se pueden considerar medidas invasivas como laparotomía exploratoria.

A modo de síntesis, el hematoma del iliopsoas es una entidad poco frecuente, que requiere un alto índice de sospecha diagnóstica y debe ser siempre considerado en pacientes anticoagulados. La principal consecuencia de este hematoma es el shock hipovolémico, patología tiempo dependiente, que puede resultar fatal. Es por esto que recalamos la importancia del seguimiento estricto de estos pacientes, tanto de laboratorio como en cuanto a manifestaciones clínicas.

PALABRAS CLAVE: Hematoma, Abdominal pain, Anticoagulants.

CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE VIH SEROPOSITIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: González Díaz, Javiera¹; Crisóstomo Barra, Bastián¹; Navarrete Ulloa, Wladimir¹; Jara Cocio, Luz¹; Barrera Morelli, Rodrigo².

1. Estudiante de medicina. Universidad Mayor de Temuco.

2. Médico EDF, Hospital de Pitrufquén.

INTRODUCCIÓN

La criptococosis es una infección oportunista causada por *Cryptococcus neoformans*, una levadura capsulada considerada como saprófito medioambiental. El alza de pacientes inmunocomprometidos se correlaciona con el incremento de casos, especialmente pacientes de VIH seropositivos. Se presenta frecuentemente como meningoencefalitis, infección del sistema nervioso central con clínica en general inespecífica y diagnóstico que se realiza en base a los hallazgos del líquido cefalorraquídeo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 41 años, sin comorbilidades. Presenta cuadro de 15 días de evolución de cefalea, odinofagia y vómitos asociados a sensación febril. Evoluciona con debilidad de extremidades y agitación psicomotora. Al examen físico destaca somnoliento, fuerza M4 en extremidades y signos meníngicos positivos. Destacan linfopenia, PCR 6 y VHS 29 en exámenes. Sospechando encefalitis se solicita punción lumbar, hemocultivos, VIH, VDRL y tinta china. Punción lumbar informa glucosa 54.7 mg/dl (153 plasma), proteínas 129.6 mg/dl y leucocitos 59 mm³ (32% PMN). ELISA notifica reactiva y se observan levaduras encapsuladas en LCR. Ante diagnóstico de criptococosis meníngica se inicia tratamiento con anfotericina B y se traslada a unidad de infectología. Paciente responde positivamente al tratamiento y posteriormente se inicia terapia antirretroviral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La criptococosis meníngica es una infección oportunista, suele verse en paciente VIH (+) con recuento CD4 < 200 cels/mm³ pudiendo ser la patología de debut de la etapa SIDA. La sospecha diagnóstica es difícil, se ha de tener en consideración en cuadros meníngicos con estudio de líquido cefalorraquídeo no compatibles con etiología bacteriana. Sumado al solicitar estudio serológico para VIH en estos pacientes puede aumentar la pesquisa diagnóstica de ambas enfermedades.

La meningitis por criptococo sigue siendo una patología prevalente, esto en parte, debido al aumento del diagnóstico de pacientes con inmunodeficiencia severa, muchos de estos VIH seropositivos. Su detección oportuna es importante para brindar un tratamiento adecuado y reducir la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE:

Cryptococcosis, HIV, Cryptococcal Meningitides.

INTOXICACIÓN SEVERA POR COCAÍNA EN UN LACTANTE MENOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Arenas Olivares Rodrigo¹, Araya Rubio Bárbara¹, Álvarez Cifuentes Joaquín¹, Arias Torres Carla¹, Romero Muñoz José²

1. Interna/o Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

2. Pediatra, Unidad de cuidados medios pediatría, Hospital Dra. Eloísa Díaz I., La Florida, Chile.

INTRODUCCIÓN

La cocaína es una droga psicoestimulante. La exposición involuntaria a cocaína en población pediátrica alcanza hasta el 23,3%. En pacientes sin lactancia materna las vías de ingreso son: conducta mano-boca e inhalación pasiva de humo, lo que conlleva un alto riesgo de intoxicación. Las convulsiones son la forma de presentación más frecuente, pero inespecíficas para el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante de 10 meses, sin antecedentes mórbidos, sin controles desde nacimiento. Acude al servicio de urgencias por cuadro de hipertensión, desconexión del medio y movimientos tonicoclónicos generalizados. Al ingreso febril 38,6°C, saturando 86% y hemoglucotest 138mg/dL. Crisis convulsiva es manejada con 4 dosis de diazepam rectal y 1 dosis de midazolam intrabucal, logrando resolución luego de 50 minutos. Evoluciona con paro cardiorrespiratorio (PCR) que cede tras reanimación cardiopulmonar avanzada. En exámenes destaca acidosis láctica e hiperglicemia 529mg/dL. Ingresa a unidad paciente crítico pediátrico cursando falla multiorgánica (status convulsivo, PCR, trombocitopenia asociada a falla orgánica múltiple, injuria renal aguda AKI 3, hepatitis, pancreatitis) con screening toxicológico en orina y pelo positivo para cocaína compatibles con intoxicación aguda sobre exposición crónica de 3 meses. Madre con screening positivo. Posteriormente cursa con

Síndrome de privación. Cuadros son resueltos y es trasladada a unidad de cuidados medios para continuar manejo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Chile es el tercer país en Sudamérica en consumo de cocaína por ello la intoxicación por cocaína en población pediátrica cobra especial relevancia. Se debe tener un alto nivel de sospecha ante síntomas neurológicos o cardiovasculares sin causa evidente, convulsión afebril y el entorno psicosocial predisponente. Considerando que una intoxicación aguda evidencia un contexto de exposición crónica, se debe realizar un test de screening en orina y un análisis de cocaína en muestra de pelo para su descarte.

PALABRAS CLAVE:

Cocaine-Related Disorders; Poisoning; Infant; Substance-Related Disorders

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Espinoza Albornoz Bárbara¹, Mantilla Leal Andrés¹, Montalbán Gutiérrez Leonardo¹, Campos Cid Pablo¹, Leal de Mantilla Belkis², Jiménez Salinas Mónica³.

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor de Temuco, Chile.
2. Dermatóloga, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Chile
3. Médico Cirujana, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma de tejido blando de crecimiento lento. Es de los sarcomas de piel más frecuente, su incidencia es muy baja en comparación a otras neoplasias cutáneas, siendo menos del 0,1% de estas. El DFSP es frecuente en adultos jóvenes, con incidencia mayor en mujeres. Caracterizado por lesión tipo placa, indolora, solitaria, coloración violácea, marrón o rosada, dura, adherida a planos superficiales, ubicadas en su mayoría en el tronco.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 21 años, presenta dermatosis localizada en tórax posterior derecho de un año de evolución, caracterizada por tumor esférico, superficie lisa, coloración eritematoviolácea, consistencia dura, no doloroso, de nueve centímetros de diámetro. Se realiza biopsia excisional, dando como resultado alteraciones microscópicas e inmunohistoquímicas consistentes con DFSP con transformación a fibrosarcoma.

rara, de malignidad intermedia y bajo crecimiento, con un alto índice de recurrencia total. La baja incidencia de la enfermedad hace difícil la realización de casos clínicos, por lo que hay un vacío en la evidencia del tratamiento quirúrgico del DFSP.

PALABRAS CLAVE:

Skin Diseases, Dermatofibrosarcoma, Neoplasia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La patogenia del DFSP es debida a una translocación que producirá un gen de fusión COLA 1A-PDGFB. El diagnóstico inicia con la sospecha clínica y debe confirmarse con una biopsia, realizando un estudio inmunohistoquímico. Algunas opciones son la escisión quirúrgica, radioterapia y terapia dirigida.

El dermatofibrosarcoma protuberans es una lesión poco frecuente en la práctica clínica, siendo una neoplasia relativamente

Ampuloma: causa poco frecuente de ictericia obstructiva, a propósito de un caso.

Autores y tutores: Dabovich Stenger Lukas¹, Campos Mora Rodrigo¹, Guíñez Cofré Ignacio¹, Campos Montecinos Jorge¹, Heine Molina Luis²

1. Interno/a de Medicina Universidad Autónoma de Chile, Santiago de Chile. Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago de Chile.

2. Coordinador internado de cirugía Universidad Autónoma de Chile. Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

Siendo pequeña, la papila de Vater cumple una función anatómica y fisiológica importante en el funcionamiento del sistema digestivo. El ampuloma de la papila es un hallazgo poco frecuente, siendo 0,2% de los tumores malignos gastrointestinales y es uno de los cánceres más pequeños que pueden causar la muerte, teniendo una sobrevida a 5 años de un 51%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 69 años quien consulta por dolor en hipocondrio derecho, asociado a ictericia de mucosas sin otros síntomas, quien se hospitaliza para estudio. Se realizan laboratorios que muestran fosfatasa alcalina: 712 U/L, GGT: 558 U/L, Bilirrubina Total: 15.66 mg/dL, de predominio de bilirrubina directa, por lo que, se realiza tomografía computarizada con contraste, por no disponibilidad inmediata de ecotomografía, que muestra dilatación de la vía biliar sin posibilidad de descartar coledocolitiasis. Posteriormente, de manera diferida, se realiza ecografía abdominal que confirma dilatación de la vía biliar sin presencia de cálculos biliares en colédoco por lo que se solicita colangiopancreatografía retrograda endoscópica (ERCP). Se realiza procedimiento endoscópico que evidencia papila duodenal en segunda porción del duodeno de aspecto prominente y características obstructivas, sin ostium visible, se realiza papilotomía y se instala prótesis para permeabilizar vía biliar, y de

manera diferida, se realiza resección con asa caliente de ampuloma que se envía a estudio histológico. El resultado de biopsia aún se encuentra pendiente, pero, con resolución de cuadro icterico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este caso permite resaltar la relevancia de realizar un estudio escalonado y de considerar diagnósticos diferenciales en el estudio de la ictericia obstructiva, donde clínica y resultados de laboratorio pueden ser similares entre ellos, pero, los manejos y pronósticos distan entre sí. El ampuloma de la ampolla de Vater es infrecuente, con pronóstico regular y es necesario conocerlo para su diagnóstico y toma de decisiones posteriores.

PALABRAS CLAVE:

Ictericia obstructiva, ampolla de Vater, Colangiopancreatografía endoscópica retrograda.

Dermatomiositis en el servicio de urgencias, reporte de un caso.

Autores y tutores: Martínez Figueroa Francisco¹, Campos González Cristián¹, Lorenzoni Méndez Eduardo¹, Peñailillo Cisternas Javier¹, Yubini Lagos Yubini²

1. Interno de Medicina Universidad Autónoma de Chile, Talca, Hospital Base Linares, Linares.

2. Médico internista, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La dermatomiositis es una enfermedad muscular adquirida e inmunomediada infrecuente, caracterizada por debilidad muscular y lesiones cutáneas. Se clasifica dentro de las miopatías inflamatorias y dentro de las manifestaciones clínicas clásicas encontramos la debilidad muscular y el rash en heliotropo con las pápulas de gottron.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En el siguiente caso presentamos a un paciente masculino, 42 años, antecedentes de artritis reumatoide en tratamiento, con cuadro de una semana de evolución de dolor codo izquierdo y eritema en contexto de trauma repetitivo en esa zona, asociado a aumento de volumen progresivo que compromete codo y antebrazo izquierdo, consulta en urgencias donde se maneja como celulitis con y analgesia. Evoluciona con aumento de sintomatología, reconsultando en urgencias, evidenciándose aumento de volumen doloroso en región posterior de brazo izquierdo asociado a calor local, eritema y edema que se extiende a antebrazo y mano izquierda, con impotencia funcional. Además, se pesquiza rash facial en heliotropo asociado a edema palpebral y lesiones eritematosas en nudillos de ambas manos compatibles con pápulas de gottron. Se maneja en primera instancia como reacción adversa a medicamentos por amoxicilina y se hospitaliza para estudio y manejo. Se rescatan antecedentes de hiporexia y debilidad

generalizada fluctuante últimos 6 meses, progresiva, baja de peso 20 kilos especialmente el primer año de enfermedad y alopecia androgénica desde los 20 años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este paciente consultó dos veces en urgencias y nunca se sospechó dermatomiositis hasta ser evaluado por medicina interna, a pesar de presentar algunos signos y síntomas típicos. Por esto es importante conocer estas patologías y tenerlas presente como diagnósticos diferenciales.

La dermatomiositis es una patología rara de espectro clínico variable, pero que presenta ciertas características típicas que como médicos generales se debería reconocer para derivar rápidamente y así iniciar el tratamiento adecuado y evitar el deterioro del paciente.

PALABRAS CLAVE:

Dermatomiositis, exantema, debilidad muscular.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ADENOMA TÚBULO-VELLOSO DE COLON CON FOCO DE ADENOCARCINOMA.

Autores y tutores: Campos Mora Rodrigo¹, Campos Montecinos Jorge¹, Möller Diaz Daniela¹, Hofmann García Sofía¹, Sojo Naranjo Alejandro²

1. Interno 7mo año, universidad autónoma de Chile, Hospital parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile. 2. Cirujano, San Bernardo, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, con una incidencia en aumento. Se define como la presencia de neoplasias malignas desde la válvula ileocecal hasta el recto, La etiología es multifactorial existiendo factores genéticos y ambientales que gatillan su aparición. En la mayoría de los casos, se origina a partir de lesiones precursoras, llamadas pólipos adenomatosos, los que se originan a partir de una secuencia de mutaciones que llevan de la displasia al carcinoma. Una gran cantidad de los cánceres de colon son asintomáticos, pero si se hace un diagnóstico precoz es una enfermedad tratable y en muchos casos curable.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial. Consulta por control médico de rutina, asintomático. Se realiza exámenes de control donde destaca una anemia con hemoglobina de 10.3, por lo que se solicita endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia y tomografía de tórax, abdomen y pelvis. La EDA y tomografía no arrojan hallazgos de importancia. Colonoscopia evidenció en la mucosa de colon sigmoides una lesión solevantada de 25mm de diámetro mayor, con pedículo ancho de 10mm, patrón glandular tubular corto, clasificación Ip de Paris. Se realizó polipectomía con asa caliente, sin complicaciones, se envía a biopsia. La biopsia evidenció un adenoma túbulo-velloso con displasia epitelial de bajo y alto grado con foco de adenocarcinoma intramucoso de 5mm.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Gran proporción de los CCR son asintomáticos o presentan síntomas inespecíficos, por lo que se sospechan o diagnostican durante el examen médico de rutina, por lo que nuestro rol como médicos generales es crucial en la sospecha y tamizaje. Además, destaca la utilidad de la colonoscopia, un examen que posee un bajo costo, puede hacer el diagnostico por visión directa de la lesión, además de la resección de lesiones adenomatosas, que evitan el desarrollo del carcinoma y evita la cirugía.

PALABRAS CLAVE

Cáncer colorrectal, cáncer de colon, cirugía endoscópica, colonoscopia

SEPSIS NEONATAL PRECOZ POR *STREPTOCOCCUS PSEUDOPORCINUS*, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Delgado Alcalde Cecilia¹, Cueto Vicencio Constanza¹, Araya Guerra Bárbara¹, Fernández de la Fuente José¹, Vásquez Sánchez Monserrat².

1.Licenciado en Medicina. Interno carrera de medicina. Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

2.Médico cirujano. Servicio de neonatología. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN

La sepsis neonatal precoz se define como la infección en la sangre y/o líquido cefalorraquídeo que ocurre en las primeras 72 horas de vida. Se adquiere por vía ascendente o en el paso por el canal del parto. Los microorganismos más frecuentes son *Streptococcus grupo B*, *Escherichia coli* y *Listeria monocytogenes*.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacida de 41 semanas, adecuada para la edad gestacional, parto vaginal, APGAR 8-9, madre sin patologías. Al 2do día de vida presenta alza térmica de hasta 37.8 °C, baja de peso del 9.9% e ictericia. En exámenes destaca bilirrubina total 14 mg/dL y parámetros inflamatorios normales, iniciando fototerapia. Hemocultivo anaerobio positivo a las 13 horas de incubación a cocáceas gram positivas en cadena, recibe tratamiento con ampicilina + gentamicina. Crecimiento de *S. pseudoporcinus* multisensible al tercer día de tratamiento, se suspende gentamicina. Punción lumbar con citoquímico con ausencia de bacterias, escasos leucocitos y cultivo negativo. Evoluciona con descenso de bilirrubina, se suspende fototerapia y completa 10 días de tratamiento con ampicilina, con respuesta favorable. Se decide alta médica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El *S. pseudoporcinus* es un microorganismo beta-hemolítico aislado del tracto genitourinario femenino, con características bioquímicas similares a *S. agalactiae*, pudiendo ser catalogado erróneamente como este último. Sin embargo, con los nuevos métodos diagnósticos microbiológicos, esto es cada vez más infrecuente. Su prevalencia, importancia clínica y relación con resultados neonatales y/o maternos peripartos no están bien descritos. Debido a los nuevos métodos de identificación bacteriana, se puede afectar la prevalencia de los microorganismos causantes de sepsis neonatal precoz. Por todo lo anterior, se requiere más investigación de este microorganismo, su significancia clínica y relación con las infecciones neonatales y/o maternas periparto.

PALABRAS CLAVE: Neonatal Early Onset Sepsis, Newborn, Microbiology.

VESTIBULOPATÍA BILATERAL, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Autores y tutores: Barros Cornejo Jenifer¹, Valenzuela Rocha Ivonne¹, Peña Rojas Eduardo²

1. Interna de medicina Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile

2. Otorrinolaringólogo, Servicio de Otorrinolaringología, Clínica Lircay, Talca, Chile

INTRODUCCIÓN

La vestibulopatía bilateral (VB) es un trastorno del equilibrio, crónico y progresivo, asociado a una pérdida de la función vestibular periférica, que afecta los reflejos vestibulo-ocular, vestibulo-espinal, orientación, navegación y memoria espacial. Su incidencia es de un 4-7%, alcanzando un 28% en la octava década de la vida. Se caracteriza por la aparición de oscilopsias, inestabilidad postural y de la marcha, empeoramiento de los síntomas con la falta de luz y terrenos irregulares, y mejora de estos durante el reposo. El diagnóstico se confirma al demostrar deterioro de la función vestibular. Produce un impacto significativo en la calidad de vida en el 90% de las personas afectadas, siendo el único tratamiento disponible actualmente el reentrenamiento vestibular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 84 años, hipertensa en tratamiento, con buen control, quien presenta desde hace 6 años inestabilidad postural y dificultad de la marcha por presencia de oscilopsias; que empeoran con la disminución de la luz y mejoran al recostarse. La sintomatología ha aumentado progresivamente, alterando significativamente su calidad de vida en los aspectos funcional, emocional y físico. Al examen físico destaca una alteración severa en los test de equilibrio y marcha. Se realiza un vHIT que demuestra una función vestibular residual menor a 60% bilateralmente. Se inició tratamiento de rehabilitación vestibular con mejoría significativa de su calidad de vida y funcionalidad. El vHIT se mantuvo sin cambios.

La VB es una enfermedad subdiagnosticada, progresiva, que tiende al empeoramiento y aumento del daño de la función vestibular. La sospecha clínica y las pruebas funcionales del sistema vestibular confirman el diagnóstico y permiten un inicio precoz del tratamiento, el cual, si bien no mejora la función vestibular, sí logra una mejoría en la sintomatología y calidad de vida de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Vestibulopatía bilateral, vértigo, mareos, vestibular.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE DUCHENNE EN ADOLESCENTE MASCULINO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Flores López, Prissila¹; Vásquez Escobar, Marcelo¹; Zenteno Fuentealba, Helena¹; Pino Díaz, Alejandra¹; Tutor: Marchant Elizalde, Marcelo²

1. Interno/a Medicina Universidad Mayor, sede Temuco

2. Médico Especialista en Pediatría, Hospital Mauricio Heyermann, Angol.

INTRODUCCIÓN

La distrofia muscular de Duchenne(DMD) es una enfermedad hereditaria neuromuscular progresiva caracterizada por una degeneración muscular progresiva iniciada en la infancia. En Chile se informa una incidencia de 1/6558 varones. La DMD genera disminución muscular funcional severa en edades tempranas y conduce irreversiblemente a la muerte entre los 20-30 años por la grave afección de la musculatura cardiorrespiratoria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente hombre de 12 años, antecedentes de DMD diagnosticada el 2017, obesidad, hipertensión arterial e insuficiencia respiratoria crónica. Con controles irregulares. El 2022 equipo de neurología infantil es contactado por Centro Comunitario de Salud Familiar, quienes en visita domiciliar lo encuentran postrado, con importante dolor de extremidades inferiores(EEII) a la movilización y postura en batracio(PB). Al no haber controles hace más de 1 año se decide hospitalizar para control y manejo. Actualmente, paciente hospitalizado, ánimo decaído, con ventilación no invasiva nocturno BiPAP por síndrome apnea-hipopnea obstructiva del sueño asociado a DMD, espasticidad y arreflexia marcada en EEII. Por PB se realiza tomografía computarizada pelviana que informa infiltración grasa de musculatura pelviana con atrofia severa y osteopenia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La DMD tiene 3 fases; una fase preclínica, con leve retraso en las funciones motoras; fase de estado, con evidente déficit muscular con presencia del signo de Gowers; y una fase final, con atrofia muscular generalizada, afectando a la musculatura respiratoria, y en consecuencia la muerte. En este caso, al no haber recibido el seguimiento y tratamiento adecuado, la progresión de la DMD correspondió a su historia natural, concatenando un detrimento acelerado de la salud del paciente. La importancia del seguimiento de los pacientes puede impedir la progresión acelerada de la patología, reaca acá la importancia de los centros de atención en sus distintos niveles para realizar manejo multidisciplinario de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

Muscular Dystrophy, Duchenne, Pediatrics, Muscular Diseases.

DISHIDROSIS: UNA CAUSA COMÚN DE VESÍCULAS PALMO-PLANTARES.

Autores y tutores: Azar Millar María^{1,a}; Balboa Narváez Belén^{1,b}; Méndez Azar Nicole^{1,b}; Ortiz Cartes María^{1,b}; Flores Requena Javier^{1,c}.

1.Servicio de Dermatología, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.
a.Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.
b.Interno Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.
c.Dermatólogo, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

INTRODUCCIÓN

La dishidrosis o pompholyx es una erupción vesicular palmoplantar pruriginosa. Es más común en jóvenes adultos, afectando igualmente a hombres y mujeres. El diagnóstico es clínico, con la aparición de eccema agudo con vesículas localizadas en dedos extendiéndose posteriormente a palmas y plantas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 10 años, consulta por cuadro de cinco días de vesículas en ambas plantas de pies, dolorosas con base eritematosa, diagnosticando en primera instancia infección de partes blandas, se indica cefadroxilo y curaciones. Al día siguiente acude para curaciones donde además refiere aparición de rash máculo-papular en brazos, torso y muslos desde inicio de antibiótico, se suspende cefadroxilo por posible reacción adversa y se indica cotrimoxazol vía oral, clotrimazol y clobetasol tópico. En segunda curación, madre refiere aumento de ampollas en plantas y aparición de vesículas en manos. Se comunican con dermatólogo quien suspende tratamiento para evaluación.

En policlínico de Dermatología se plantea diagnóstico de dishidrosis severa vs impétigo ampollar. Se solicita cultivo de líquido ampollar, exámenes generales y se indica prednisona. A la semana de tratamiento presenta clara disminución de lesiones y cultivo negativo, solo destaca en exámenes leve eosinofilia por lo que se descarta

impétigo ampollar, diagnosticando dishidrosis severa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se desconoce la etiología de la dishidrosis, pero se han asociado ciertos factores como dermatitis atópica, exposición a metales, hiperhidrosis, tabaco, entre otros. El cuadro tiende a persistir por semanas y se resuelve con descamación. El manejo incluye evitar irritantes, en casos leves y moderados pueden ser tratados con corticoides tópicos, mientras casos severos pueden requerir tratamiento oral. En casos refractarios son opciones inmunomoduladores y fototerapia.

La dishidrosis es una enfermedad frecuente que debe ser conocida por los médicos generales para evitar el uso indiscriminado de antibióticos y poder tratarla adecuadamente para disminuir los síntomas y molestias del paciente.

PALABRAS CLAVE:

Dermatología, Eczema, Dishidrosis.

PITIRIASIS ROSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Balboa Narváez Belén^{1,a}; Jara Gamonal Daniela^{1,a}; Méndez Azar Nicole^{1,a}; Ortiz Cartes María^{1,a}; Flores Requena Javier^{1,b}.

1.Servicio de Dermatología, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.
a.Interno Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.
b.Dermatólogo, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rosada (PR) es una enfermedad cutánea aguda, autolimitada, caracterizada por la aparición de un parche "heraldo", una sola lesión redonda u ovalada, bien delimitada, de 2-5 cm de diámetro, eritematosa, pruriginosa, en pecho, cuello y/o espalda, que posteriormente aparecen lesiones similares en apariencia a la placa heráldica, pero más pequeñas en tronco y extremidades a lo largo de las líneas de Langer. Los virus más comunes relacionados con la PR son el herpes virus humano-6 y -7.

El diagnóstico de PR es clínico. En ocasiones se necesitan pruebas de laboratorio para excluir otras afecciones, como la sífilis secundaria en pacientes sexualmente activos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 36 años, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial secundaria a enfermedad poliquística renal. Consulta en policlínico de Dermatología por lesión eritematosa redondeada de 2 cm de diámetro con descamación fina, eritematosa en región interna de brazo izquierdo hace dos semanas. Además, hace cuatro días presenta múltiples lesiones similares, de menor tamaño, bilaterales, simétricas y pruriginosas en tórax y abdomen.

Se le indica betametasona tópica, hidroxizina, betametasona, dexclorfenamina vía oral y helioterapia. A la semana de tratamiento, la paciente refiere cambios significativos y al mes ya se evidencia franca mejoría del cuadro clínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El curso autolimitado de la pitiriasis rosada permite una conducta expectante y un tratamiento sintomático del prurito en la mayoría de los pacientes. Se recomienda el tratamiento con antihistamínicos orales, corticosteroides tópicos u orales y/o aciclovir dependiendo de la gravedad. Además, existe evidencia limitada de que la luz ultravioleta de la luz solar natural o los dispositivos de fototerapia podría ser beneficiosos en la mejoría de la PR. Dada su incidencia (170 casos por 100.000 personas por año), es importante como médico general conocer, sospechar, manejar esta condición y advertir a los pacientes que la erupción puede persistir durante dos o tres meses.

PALABRAS CLAVE: Dermatología (Dermatology), Pitiriasis (Pityriasis), Pitiriasis rosada (Pityriasis rosea).

NEVO EPIDÉRMICO VERRUGOSO LINEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Azar Millar María^{1,a}; Balboa Narváez Belén^{1,b}; Méndez Azar Nicole^{1,b}; Ortiz Cartes María^{1,b}; Flores Requena Javier^{1,c}.

1.Servicio de Dermatología, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.
a.Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.
b.Interno Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.
c.Dermatólogo, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los nevos epidérmicos son crecimientos benignos hamartomatosos de la piel que están presentes al nacer o se desarrollan en la primera infancia. Los nevos epidérmicos ocurren en aproximadamente 1 a 3 por cada 1000 nacidos vivos; hombres y mujeres tienden a verse igualmente afectados. Los nevos epidérmicos verrugosos lineales (NEVL), son la forma más común de nevos epidérmicos, la mayoría están presentes al nacer u ocurren durante el primer año de vida, están asociados a una mutación en el receptor FGFR3. Se presentan como placas lineales o verticiladas, del color de la piel a marrones que tienden a seguir patrones lineales en la piel conocidos como "líneas de Blaschko". En la mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico. En caso de duda diagnóstica, puede ser necesaria una biopsia para la confirmación histopatológica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 36 años con antecedentes de espondilitis anquilosante, en tratamiento con sulfasalazina, acude al policlínico de Dermatología por presentar desde el mes de vida dermatosis localizada en región axilar que se extiende a extremidad superior derecha, al examen físico se evidencian lesiones segmentadas, de color marrón, superficie verrugosa, bordes irregulares, en conformación lineal. No se solicita biopsia debido a historia y morfología concordante con NEVL, por lo cual se realiza crioterapia en lesiones. En controles posteriores no se evidencia recidiva de NEVL.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los NEVL son benignos, sin embargo, se ha identificado el síndrome del nevo epidérmico (SNE) que describe la asociación con otras

anomalías del desarrollo, pudiendo afectar cerebro, ojos y sistema musculoesquelético. El tratamiento incluye extirpación quirúrgica, láser, crioterapia y/o corticoides tópicos/intralesionales, con tasas de éxito variables y alto riesgo de recurrencia.

A pesar de ser una condición benigna, en algunas ocasiones es necesario realizar una evaluación exhaustiva para descartar SNE y sus anomalías asociadas.

PALABRAS CLAVE:

Dermatología, Nevo, Nevo epidérmico.

Cardiotoxicidad por Trastuzumab, a propósito de un caso en Hospital Regional de Rancagua.

Autores y tutores: Toala Solis Yuben¹ Aguilar Rosales Cristian¹ Vivar Osorio Alexia² Tapia Gonzales Miguel³

1. Interno/a de medicina Universidad San Sebastián. Rancagua, Chile.

2. Estudiante de medicina Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.

3. Médico cirujano, especialista en Cardiología, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. Rancagua, Chile.

INTRODUCCIÓN

Cardiotoxicidad producida por tratamiento antitumoral con Trastuzumab y su detección precoz mediante técnicas de imágenes cardíacas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de mujer de 58 años con antecedentes de cáncer de mama izquierdo, operado el 2019 (biopsia informa subtipo Her2++). En tratamiento con Trastuzumab 600 mg subcutáneo cada 21 días. Quien es referida a Cardiología tras completar 16avo ciclo de tratamiento, por presentar clínica de disnea crónica progresiva capacidad funcional I-II, con Ecocardiograma que evidencia FEVI de 46%, en comparación a FEVI de 65% realizado hace más de 6 meses evidenciando una caída significativa de un 19% y un STRAIN (GLS): -13.4%. Al examen físico destaca normo tensa, afebril, ritmo regular sin soplo, sin edema. Sospecha diagnóstica: Miocardiopatía con disfunción ventricular global disminuida aguda tras 16 ciclos de Trastuzumab. Equipo de cardio-oncología decide interrumpir momentáneamente terapia con Trastuzumab, repetir estudio Ecocardiográfico en 1 mes después de su última dosis e iniciar terapia con Beta bloqueo, Diuréticos y Espironolactona.

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en los supervivientes al cáncer. Una de las complicaciones más frecuentes es la disfunción ventricular secundaria a cardiotoxicos. La cardiotoxicidad se define como el conjunto de enfermedades cardiovasculares derivado de los tratamientos oncohematológicos que producen reducción de la FEVI de >10% respecto al valor basal con FEVI inferior al límite normal de 45%. Los equipos de Cardio-oncología deben coordinar la monitorización de los tratamientos antitumorales, mediante técnicas de imagen cardíaca.

PALABRAS CLAVE:

Cardio-oncología, Cardiotoxicidad y Trastuzumab.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

FÍSTULA COLOPLEURAL DE CAUSA DIVERTICULAR EN PACIENTE CON PIONEUMOTORAX. REPORTE DE CASO.

Autores y tutores: Venturelli Escobar Constanza¹, Cartagena Rubilar Matías¹, Cerdán Larrondo Valentina¹, Melo Valenzuela Camila¹. Palma Torres Matías²

1. Interno de Medicina Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

2. Médico Cirujano. Residente de Cirugía General Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

La Fístula Colopleural (FCP) es una complicación infrecuente de patología benigna abdominal, caracterizada por comunicación entre colón y cavidad pleural, lo cual es poco prevalente de acuerdo con los reportes actuales, por lo cual el objetivo de este trabajo es informar sobre una complicación quirúrgica poco prevalente a través de un reporte de caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Reportamos un caso de paciente masculino de 69 años el cual consulta por disnea y compromiso del estado general, a la evaluación radiológica se constata neumotórax a tensión y empiema asociada a una FCP en ángulo esplenocólico descendente por perforación colónica y absceso subfrénico izquierdo. Requiriendo toracotomía exploradora, drenajes pleurales y posteriormente colectomía izquierda y colostomía. Tras completar terapia antibiótica fue dado de alta en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La fístula colopleural es una complicación poco reportada de patología abdominal asociándose en mayor medida a patología colónica maligna con hasta nuestro conocimiento 7 reportes de casos³, siendo aún menos reportada en patología benigna, destacando distintas causas como enfermedad de Crohn, úlcera gástrica perforada y diverticulitis. Particularmente no existe

reporte causal de abscesos subfrénicos a esta complicación quirúrgica, siendo posible fuente de estudio a posterior. Debe ser sospechado en pacientes los cuales presenten clínica abdominal larvada y de larga data asociada a derrame pleural tipo empiema en los cuales se visualice contenido fecaloideo o los cultivos de líquido muestren múltiples organismos inusuales, la confirmación diagnóstica puede ser apoyada con imágenes o mediante cirugía exploratoria.

La FCP es una complicación infrecuente que tardará semanas a meses en desarrollarse asociándose a patología colónica. Su clínica será dada mayoritariamente por el empiema que se desarrollará y su resolución es eminentemente quirúrgica siendo una patología que amenaza la vida.

PALABRAS CLAVE: Diverticulitis.
Empiema. Fístula (Colopleural).
Complicaciones Quirúrgicas.

COMPLICACIÓN FETAL ASOCIADO A HEMODIÁLISIS

Autores y tutores: Araya Guerra Bárbara¹, Cueto Vicencio Constanza¹, Delgado Alcalde Cecilia¹, de la Fuente Fernández José¹, Sagredo Rodríguez Martín²

1. Interno carrera de medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

2. Médico cirujano, Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del mar, Chile.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de sustitución renal de elección en la insuficiencia renal durante el embarazo es la hemodiálisis, sin embargo, se conocen complicaciones perinatales frecuentes asociadas a esta terapia. El objetivo del presente es describir un caso de alto riesgo de morbilidad materno-fetal asociado a hemodiálisis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 24 años, primigesta de 20 semanas con antecedentes de hipertensión arterial crónica, glomerulonefritis rápidamente progresiva en estudio, con hemodiálisis trisemanal desde las 13 semanas de gestación y anemia moderada. Derivada por crisis hipertensiva, asintomática neurosensorial, sin adecuada respuesta a labetalol. Se hospitaliza para manejo de crisis y vigilancia materno-fetal. Inicia hemodiálisis diaria y tetraterapia antihipertensiva. Ecografía de control 22 + 5 semanas destaca Doppler alterado, estimación de peso 267 gramos, < percentil 2, ductus venoso con signos de insuficiencia cardíaca. Dado estado fetal con daño severo y patología materna renal de difícil manejo, se decide invocar Ley IVE causal 1 y 2 y se induce parto con misoprostol, complementando con legrado de cavidad uterina. Por finalización del embarazo, se indica diálisis trisemanal, evolucionando con presión arterial estable y diuresis normal. Egresa para completar estudio nefrológico ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Dentro de las complicaciones asociadas a hemodiálisis destacan anemia materna, hipertensión arterial descompensada, preeclampsia, eclampsia, desprendimiento placentario, restricción del crecimiento fetal, prematuridad y muerte materna-fetal.

Solo un cuarto de los embarazos en hemodiálisis resulta recién nacidos vivos y la mitad de ellos son prematuros. Algunos estudios han sugerido que aumentar frecuencia de esta terapia podría mejorar el pronóstico del embarazo, por lo que es importante continuar investigaciones al respecto.

Dada la posibilidad de tener mal resultado obstétrico, es necesario brindar apoyo psicosocial, tener enfoque individual y un manejo multidisciplinario, de esta forma tomar decisiones adecuadas, previniendo complicaciones maternas y fetales.

PALABRAS CLAVE:

Renal Dialysis, Pregnancy, Abortion Therapeutic.

DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA ASOCIADA AL USO DE TERBINAFINA: REPORTE DE CASO.

Autores y tutores: Balboa Narváez Belén^{1,a}; Manríquez González Catalina^{1,a}; Méndez Azar Nicole^{1,a}; Ortiz Cartes María^{1,a}; Flores Requena Javier^{1,b}.

1Servicio de Dermatología, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

a.Interno Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.

b.Dermatólogo, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

INTRODUCCIÓN

La eritrodermia o dermatitis exfoliativa generalizada es una dermatosis inflamatoria grave y potencialmente mortal. Se caracteriza por eritema difuso y descamación que afecta $\geq 90\%$ de la superficie corporal. El diagnóstico de eritrodermia es clínico, la histopatología puede reflejar la etiología subyacente. Los medicamentos son la segunda causa más común y representan aproximadamente del 10 al 20%. El tratamiento incluye mantener la piel hidratada, corticoides y antihistamínicos, los antibióticos se deben reservar para infecciones secundarias. Generalmente se resuelve en 2-6 semanas después de suspender el medicamento causante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 36 años, con antecedente de psoriasis sin control ni tratamiento. Consulta en servicio de urgencias por presentar desde hace 15 días posterior a inicio de terbinafina cuadro progresivo de placas eritematodescamativas bilaterales simétricas generalizadas, dolorosas de carácter urente, hace dos días asociado a malestar general, mialgias y fiebre. Se solicitan exámenes de laboratorio donde destacan leucocitos 21.200, PCR 175 y creatinina 1.46. Evaluado por dermatología donde solicita VIH (-), VDRL no reactivo y biopsia que informa aspectos morfológicos sugestivos del diagnóstico de eritrodermia exfoliativa posiblemente de origen medicamentosa; se indica corticoide endovenoso, antihistamínicos, hidratación y hospitalización. A los 10 días el paciente había mejorado considerablemente de las lesiones cutáneas y se normalizaron los

parámetros analíticos, por lo que fue dado de alta, con posteriores controles ambulatorios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Aproximadamente la mitad de los pacientes con eritrodermia tienen una historia de dermatitis pre-existente. Las causas etiológicas más frecuentes son: indeterminadas, psoriasis, dermatitis atópica, reacciones cutáneas medicamentosas, linfoproliferativas y paraneoplásico. Determinar la causa de la eritrodermia suele ser difícil e implica una historia detallada, examen físico, biopsia de piel y estudios de laboratorio.

Este caso clínico demuestra la importancia del diagnóstico diferencial y del estudio histológico de la eritrodermia, ya que el espectro del diagnóstico diferencial es muy amplio.

PALABRAS CLAVE: Dermatología, dermatitis exfoliativa, erupción por drogas.

FITOFOTODERMATITIS POR DRIMYS WINTERI: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Salma Abarra López¹, Javiera Arias Aravena¹, María Jara Arriagada¹, Andrés Mantilla Leal¹, Belkis Leal de Mantilla², Alix Soubllette Sánchez³.

1. Estudiante de medicina Universidad Mayor de Temuco
2. Dermatóloga, Hospital Intercultural Nueva Imperial
3. Médico docente, universidad Mayor de Temuco.

INTRODUCCIÓN

La fitofotodermatitis se define como un tipo de dermatitis causada por plantas, con posterior exposición a luz solar. No existen datos epidemiológicos a nivel país en torno a este tipo de patologías, siendo las más comunes las relacionadas con ruda o litre. La importancia de esta radica en su tendencia a la confusión con otro tipo de patologías más prevalentes, destacando dentro de ellas, el impétigo, linfangitis superficiales, larva migrans, entre otras. Lo anterior debido a su forma de presentación en forma de máculas eritematosas lineales o angulares, de límites definidos, más la presencia de vesículas. Se localizan primordialmente a nivel del antebrazo, dorso de las manos, muslos o tronco. Suelen manejarse empleando corticoides tópicos más antihistamínicos y en casos severos, corticoides orales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 72 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, trabajador de campo. Consulta por dermatosis localizada en rostro, caracterizada por eritema moderado, edema y descamación fina, además de eritema conjuntival, ectropión, sin calor local, de 15 días de evolución.

Al interrogatorio refiere haber cortado leña de canelo y posterior manipulación de la piel de la cara, previo a presentar el cuadro clínico, por lo que se llega a la hipótesis diagnóstica de fitofotodermatitis. Se indicó tratamiento con corticoides y antihistamínicos. A los 10 días se citó a control, evidenciándose mejoría franca del cuadro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En cuanto a la Fitofotodermatitis por Canelo, resulta interesante la falta de casos clínicos descritos a nivel país e internacional. En ese contexto, resulta crucial el desarrollo de una anamnesis detallada para la correcta formulación diagnóstica de casos como este, ya que el agente causal puede no ser de los típicos. Invitándonos a generar mayor investigación en torno a nuestra flora nacional y sus posibles reacciones a nivel cutáneo y sistémico.

PALABRAS CLAVE: Fotodermatitis; Dermatitis fototóxica; Dermatitis de contacto.

PIODERMA GANGRENOSO ASOCIADO A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Azar Millar María^{1,a}; Manríquez González Catalina^b; Méndez Azar Nicole^{1,b}; Ortiz Cartes María^{1,b}; Flores Requena Javier^{1,c}.

1.Servicio de Dermatología, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.
a.Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.
b.Interno Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco, Chile.
c.Dermatólogo, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica, con una incidencia de 3-10/1.000.000 habitantes/año. Se presenta como un trastorno inflamatorio y ulcerativo de la piel. La manifestación más común es una pápula o pústula inflamatoria que progresa a una úlcera dolorosa con borde socavado violáceo y base purulenta. El diagnóstico se basa en el reconocimiento de hallazgos clínicos e histológicos y la exclusión de otros trastornos cutáneos inflamatorios o ulcerosos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 55 años con antecedentes Diabetes Mellitus tipo-2, en estudio de enfermedad inflamatorio intestinal (EII) en tratamiento con sulfasalazina, derivado a dermatología por presentar desde hace 5 años en extremidades inferiores lesiones ampolladas ulceradas dolorosas, que progresan a cicatrices atróficas. Al examen físico en extremidad inferior derecha, dos lesiones activas eritematosas ulceradas. Se realiza biopsia: dermatosis neutrofílica con leucocitoclasia dermoepidérmica compatible con pioderma gangrenoso; y se indica clobetasol tópico 2 veces al día y curaciones. Paciente refiere disminución de dolor con cambios significativos a las 2 semanas de tratamiento. Al mes con franca mejoría.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Faltan pautas para el tratamiento, debido a la escasa disponibilidad de estudios, por lo que el enfoque para el tratamiento de PG se guía

principalmente por pequeños estudios no controlados y experiencia clínica. En general, se manejan con combinación de terapias tópicas y/o sistémicas que suprimen el proceso inflamatorio y medidas de cuidado de heridas para optimizar la cicatrización. Para casos leves, la administración tópica de corticoides o un inhibidor de la calcineurina puede ser suficiente. Por el contrario, la terapia sistémica suele ser necesaria en pacientes con PG más extenso. El PG es una enfermedad poco frecuente, para realizar el diagnóstico es necesario excluir otras posibilidades diagnósticas mediante la histología. Hace falta más evidencia científica para establecer un plan de manejo y así poder optar por el tratamiento según la severidad del cuadro.

PALABRAS CLAVE:

Dermatología, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Pioderma, Pioderma gangrenoso.

NEUROCISTICERCOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES CEREBRALES PARENQUIMATOSAS ÚNICAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Contreras Brandt Francisco¹, García Soto Renato¹, Garrido Martínez Patricia¹, Hidalgo Espinoza Elizabeth², Carrasco Espina Alvaro³.

1. Interno de Medicina Universidad Mayor Temuco, Región de la Araucanía, Chile
2. Estudiante de Medicina Universidad Mayor Temuco, Región de la Araucanía, Chile
3. Médico Hospital San José de Victoria, Región de la Araucanía, Chile.

INTRODUCCIÓN

La neurocisticercosis es la infección del sistema nervioso central (SNC) originada por el céstodo *Taenia Solium*. Es la parasitosis más frecuente del SNC y diagnóstico diferencial de síndrome convulsivo reciente comienzo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 23 años, con antecedente de artritis reumatoide, ingresada por crisis convulsivas tónico-clónicas en extremidad superior derecha, y posterior hemiparesia derecha con fuerza M2 en extremidades derechas. Se indica resonancia magnética de cerebro que informa: “lesión frontal izquierda predominantemente quística de aspecto neoplásico primario, de 4,0 x 3,7 cm en el plano axial, con posible rotura al subaracnoideo y efecto de masa; opción más probable es una etiología glial o neuroglial”. Se deriva a neurocirugía para exéresis del tumor que resulta sin complicaciones. Biopsia de tumor informa “múltiples fragmentos laminares de tejido blanquecino y material elástico, en conjunto 3.1 x 2 x 0.5 cm; compatible con neurocisticercosis”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En este caso, debido a hallazgos imagenológicos se determinó una neoplasia encefálica como el diagnóstico más probable, llevando a exéresis del tumor (único

tratamiento indicado) y resultando en un caso de neurocisticercosis. Además de imágenes, la neurocisticercosis puede estudiarse con pruebas serológicas con técnica de inmunoelectrotransferencia, con excelente especificidad para su diagnóstico, pero se encuentran poco disponibles y no que se realizaron durante este caso. Su tratamiento depende de la morfología de las lesiones y la evolución de la sintomatología. Puede ser médico, con uso de praziquantel o albendazol, o manejo quirúrgico con remoción de los quistes. La neurocisticercosis se caracteriza por generar cuadros convulsivos o síndrome de hipertensión endocraneal, dependiendo de la distribución, número y tamaño de los quistes en el SNC. En adultos las presentaciones imagenológicas pueden variar desde múltiples quistes de menor tamaño diseminados en el parénquima cerebral, a masas únicas que, en algunos casos, pueden simular tumores del SNC.

PALABRAS CLAVE:

Neurocysticercosis, *Taenia solium*, Seizures.

ACROANGIODERMATITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Jara Corvalán Catalina¹, Espinoza Albornoz Bárbara¹, Keith González Cristóbal¹, Alveal Cuevas Camila¹, Leal de Mantilla Belkis², Soubllette Sánchez Alix³.

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco, Chile.
2. Médica Cirujana, Especialista en Dermatología, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, y Docente Universidad Mayor, sede Temuco, Chile.
3. Médica cirujana y Docente Universidad Mayor, sede Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

La acroangiodermatitis corresponde a una enfermedad angioproliferativa benigna poco frecuente, de incidencia no precisada, caracterizada por la aparición de lesiones eritematosas violáceas, similar al sarcoma de Kaposi, predominantemente en miembros inferiores, secundaria a alteraciones como fístulas arteriovenosas o insuficiencia venosa crónica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 59 años, con antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia venosa crónica. Presenta una dermatosis en porción anterior de miembros inferiores de varios años de evolución, caracterizada por placas eritemato-violáceas, de superficie lisa, consistencia dura, de bordes bien definidos e irregulares. Se realiza biopsia, señalando lesiones sugerentes de acroangiodermatitis. Además, se realiza ecografía doppler de miembros inferiores con diagnóstico de insuficiencia venosa superficial de la vena safena magna derecha.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La acroangiodermatitis se considera una proliferación reactiva de pequeños vasos en respuesta a una alteración vascular crónica, como la insuficiencia venosa en el presente caso. Puede simular clínicamente afecciones como sarcoma de Kaposi, púrpura pigmentaria, liquen áureo. El diagnóstico de

confirmación se obtiene al realizar una biopsia cutánea de las lesiones, que en este caso resultó diagnóstico para acroangiodermatitis. El tratamiento de la acroangiodermatitis secundaria a insuficiencia venosa crónica es el control de la patología de base, ya que el objetivo será frenar la evolución del cuadro. En el actual caso es tratada con clobetasol 0,05% vía tópica en lesiones.

La acroangiodermatitis es una patología infrecuente, siendo el tipo secundario a insuficiencia venosa de miembros inferiores lo más común. Las pruebas anatomopatológicas e inmunohistoquímicas son fundamentales para el diagnóstico correcto, junto con la ecografía doppler venosa para determinar la causa.

PALABRAS CLAVE:

Dermatitis, Skin Diseases, Venous insufficiency.

FEOCROMOCITOMA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN EDEMA PAPILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Román Vintimilla María.¹ Del Río Hernández Danko.² Torrejón Villalón Marcelo.³

1. Interna 7mo año Medicina Universidad Mayor Sede Temuco.
2. Interno 6to año Medicina Universidad Mayor Sede Temuco.
3. Médico Urólogo Hospital San José de Victoria.

INTRODUCCIÓN

El Feocromocitoma es un tumor poco prevalente secretor de catecolaminas que ocurre en menos de 0.2% de pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) que ocurren generalmente entre los 40-50 años sin distinción de sexo. Hasta 40% de los pacientes presentan estos tumores como parte de un síndrome hereditario, y suelen presentarse a edades más tempranas. El diagnóstico se realiza en base a síntomas característicos o hasta 60% incidentalmente por estudio imagenológico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 43 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino-requiere y dislipidemia, es derivada al servicio de urología, después de ser hospitalizada por edema papilar, secundario a hipertensión arterial. Durante la hospitalización se estudia etiología de hipertensión arterial secundaria, encontrando en ecotomografía abdominal, una masa en polo superior de riñón derecho, hiperecogénica, con pequeñas áreas quísticas en su interior, de aproximadamente 4,4 x 3,9 x 5,3 cm. Se realiza resonancia magnética, que confirma masa en glándula suprarrenal derecha. Sospechando feocromocitoma, se solicita estudios de laboratorio que incluyeron medición de catecolaminas en orina, que resultaron en dopamina y norepinefrina elevadas 10 veces el valor normal, actividad de renina plasmática basal elevada. Confirmado el diagnóstico se realiza suprarrenalectomía unilateral, enviando

muestra a biopsia, donde se confirma el diagnóstico de feocromocitoma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El papiledema se produce posterior a un aumento de la presión intracraneal, dentro de cuyas causas menos comunes encontramos alteraciones endocrinas como las que pueden estar causadas por un feocromocitoma, como en este caso, que aumenta la presión arterial por acción de una hiperproducción de catecolaminas, que actúan estimulando los receptores alfa y beta adrenérgicos, y en casos como este, derivando en incrementos de niveles de norepinefrina, cuya liberación continua se correlaciona con la hipertensión sostenida.

PALABRAS CLAVE: Feocromocitoma; Hipertensión Arterial; Hallazgo incidental. (Pheochromocytoma; Hypertension; Finding, incidental.

TUMOR TESTICULAR BILATERAL DE CELULAS DE LEYDIG. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Román Vintimilla María.¹ Del Río Hernández Danko.² Torrejón Villalón Marcelo.³

1. Interna 7mo año Medicina Universidad Mayor Sede Temuco.

2. Interno 6to año Medicina Universidad Mayor Sede Temuco.

3. Médico Urólogo Hospital San José de Victoria.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Testicular de células de Leydig (CACL) es el más común de los tumores testiculares de estroma gonadal, representando hasta 2% de todos los Tumores Testiculares. Se presentan a toda edad, con una distribución en niños de 5-10 años y adultos de 30-35 años, donde el diagnóstico es más común. Los pacientes adultos llegan a la consulta frecuentemente por aumento de volumen testicular y ginecomastia; los pacientes pediátricos por manifestaciones endocrinas. El diagnóstico definitivo se realiza por inmunohistoquímica de la biopsia posterior a la orquiectomía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 16 años, sin patologías médicas, con antecedente familiar de cáncer testicular, es derivado al servicio de urología por aumento de volumen y dolor testicular izquierdo, de 2 meses de evolución. Acude con ecotomografía que evidencia lesiones nodulares focales bilaterales en relación con rete testis, de aspecto neoplásico. Se intenta realizar preservación de espermios, sin embargo, espermiograma evidencia azoospermia. Se resuelve quirúrgicamente, con orquiectomía ampliada; biopsia confirma tumor del estroma del cordón sexual, tumor de células de Leydig, limitado al testículo. Pendiente instalación de prótesis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El 93% de los tumores testiculares, deriva de las células germinales, y el restante 7% de las células del estroma gonadal. De etiología aun desconocida, el CACL es el más común de los tumores gonadales de estroma, corresponde aproximadamente al 3% de los mismos; es aún más raro que este afecte a ambos testículos, representando estos CACL bilaterales menos de 1,5% de todos estos casos. Aproximadamente el 10% de estos tumores pueden malignizarse. Si bien no es frecuente encontrar azoospermia en un paciente con CACL, se han reportado algunos casos a nivel mundial, por lo que es importante considerar la conservación de espermios a la brevedad.

PALABRAS CLAVE: Tumores testiculares, Tumor de células de Leydig, Azoospermia. (Testicular neoplasms, Leydig cell tumor, Azoospermia)

Nevo de Spitz, gran simulador de melanoma.

Autores y tutores: Jara Corvalán, Catalina.¹ Espinoza Albornoz, Bárbara.¹ Araya Valenzuela, Vicente.¹ Cifuentes González, Benjamín.¹ Leal de Mantilla, Belkis.² Soublette Sánchez, Alix.²

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco, Chile.
2. Médica Cirujana, Especialista en Dermatología, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, y Docente Universidad Mayor, sede Temuco, Chile.
3. Médica cirujana y Docente Universidad Mayor, sede Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

El Nevo de Spitz es una neoplasia melanocítica spitzoide de los melanocitos epitelioides y fusiformes que suele aparecer en la infancia. Su incidencia oscila entre 1,4 a 7 casos nuevos por cada 100.000 personas por año, representando al 1% de los nevos melanocíticos infantiles. Comúnmente localizados en cara y extremidades, de rápido crecimiento, alcanzando un tamaño de aproximadamente un centímetro dentro de seis meses, para luego permanecer estáticos. Estas lesiones la mayoría de las veces benignas, son de color marrón, uniforme. Son de difícil caracterización clínica y microscópica. La confirmación diagnóstica es mediante correlación clínica, además de la verificación mediante biopsia y estudios moleculares.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 19 años con antecedentes de obesidad y bocio multinodular. Presenta una dermatosis de tres años de evolución en el brazo izquierdo. Se caracteriza por ser una lesión tumoral única, color marrón-violáceo, de 6mm de diámetro, bordes irregulares con superficie lisa, forma de cúpula, consistencia dura y parcialmente móvil, sin la presencia de folículos pilosos en su extensión. Se realizó biopsia excisional, señalando una neoplasia melanocítica Spitzoide atípica, se solicitó estudio inmunohistoquímico dando como resultado Nevo de Spitz dérmico típico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El Nevo de Spitz se caracteriza por ser muy similar a otras neoplasias melanocíticas spitzoides, la obtención de los resultados siempre será basado en el estudio histopatológico (biopsia), su importancia recae en la existencia de diagnósticos

diferenciales del Nevo de Spitz de características malignas (melanoma spitzoide).

Desde hace décadas ha sido tema de controversia y reto diagnóstico la diferenciación de esta neoplasia, la mayoría de las veces benigna. Gracias al avance de la inmunohistoquímica se ha logrado diferenciar de neoplasias malignas. Dado que el Nevo de Spitz no es muy común, es fundamental considerar los posibles diagnósticos diferenciales en las neoplasias pediátricas y juveniles.

PALABRAS CLAVE: Nevus, Skin Diseases, Melanocyte.

IMPORTANCIA DEL CONTROL METABÓLICO EN MANEJO DE PACIENTE PEDIÁTRICO DIAGNOSTICADO CON GLUCOGENOSIS TIPO IB.

Autores y tutores: Möller Díaz Daniela¹, Hofmann García Sofía¹, Guíñez Cofré Ignacio¹, Davobich Stenger Lukas¹, Bermúdez Sosa María Fernanda²

1. Interno/a de Medicina Universidad Autónoma de Chile, Santiago de Chile. CONIN,
2. Médico cirujano, especialista en pediatría, CONIN, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La Glucogenosis tipo Ib (GTIb) pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas hereditarias de almacenamiento del glucógeno. Su incidencia es de 1/100.000 nacidos vivos. La hipoglucemia es el hallazgo más característico. Dentro de las complicaciones se encuentra el desarrollo de adenomas hepáticos, carcinoma hepatocelular, enfermedad renal progresiva y déficit cognitivo. Es fundamental un adecuado tratamiento dietético de forma mantenida para prevenir o reducir la mayoría de las complicaciones.

PRESENTACION DEL CASO:

JDA, femenina, recién nacida a término de 40 semanas con control tardío de embarazo, evoluciona a las 40 horas de vida con glicemia de 22mg/dl y semanas después con hepatomegalia. Se confirma glucogenosis tipo I posterior a biopsia hepática. Ingresó a CONIN con coeficiente de desarrollo en riesgo, por lo que se inició plan de estimulación temprana. Actualmente, preescolar de 4 años, institucionalizada, con estado nutricional de obesidad con talla normal baja, diagnóstico de GTIb, neutropenia secundaria y retraso del desarrollo psicomotor con avances en cognición y lenguaje. Con control de glicemias diario, alimentándose por gastrostomía con leche humana de soya al 15% y maicena, logrando un adecuado control metabólico. No ha presentado alteraciones en función renal ni perfil hepático hasta la fecha.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La gravedad de la GTIb va a depender de la precocidad en el diagnóstico y el tratamiento del afectado. Un adecuado control metabólico y adhesión a tratamiento permite además de normoglicemias, disminuir la lactacidemia, colesterol, triglicéridos y mantener un crecimiento ponderal dentro de rangos de normalidad.

A pesar de que el pronóstico de estos pacientes es reservado, con un adecuado diagnóstico, control y seguimiento metabólico las complicaciones se vuelven menos intensas y más fáciles de tratar, permitiendo una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Glucogenosis, glucógeno, Enfermedad de depósito, Hepatomegalia.

FITOFOTODERMATOSIS POR RUTACEAE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Arias Aravena Javiera¹, Becerra Carrasco Camila¹, Mardel Contreras Pablo¹, Valencia Rodríguez Catalina¹, Leal de Mantilla Belkis.²

1. Estudiante Medicina Universidad Mayor de Temuco, Chile.

2. Dermatología, Hospital Intercultural Nueva Imperial, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de fotosensibilidad de la piel son condiciones en las que se produce una respuesta cutánea anormal después de la exposición a la radiación ultravioleta (UV) o luz visible. Existe una subdivisión por causas, donde encontramos la Fitofotodermatitis inducida por extractos de plantas fototóxicas. Dentro de las más comunes se encuentran la ruda, cítricos, litre e higuera, que junto a exposición de radiación UVA y humedad cutánea, que facilita la entrada del fotosensibilizante, se producirá eritema reticulado o delineado a la zona de contacto y edema en áreas fotoexpuestas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 66 años, con antecedentes mórbidos sin relevancia para este caso. Cuidadora de huerto. Consulta por dermatosis localizada en manos, caracterizada por vesículas agrupadas y ampollas, además de máculas marrón rojizas de 5 días de evolución. Con evaluación previa por medicina general donde se sospechó Pénfigo vulgar y se realizó interconsulta a Dermatología. Al interrogatorio refiere haber estado en contacto directo con Ruda. Se diagnosticó Fotodermatitis en manos, por lo que se indicó esteroide tópico y sistémico más antialérgico. A la semana siguiente acude a control, donde se evidencia evolución clínica satisfactoria.

gracias a una correcta indagación en los antecedentes y tratamiento oportuno.

Debemos sospechar el diagnóstico de fitofotodermatitis ante la presencia de lesiones ampollas, localizadas exclusivamente en zonas fotoexpuestas, que tienden a producir pigmentación residual, y prestar especial atención al antecedente de contacto con alguna sustancia inusual. Debemos hacer hincapié en una correcta fotoprotección para evitar estas reacciones.

PALABRAS CLAVE:

Trastornos de fotosensibilidad; Fotodermatitis; Dermatitis fototóxica; Dermatitis de contacto

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las plantas del género ruda, son ampliamente conocidas por su fototoxicidad y muy utilizadas para fines terapéuticos, en especial en nuestra región. El caso presentado nos muestra una relación directa entre la exposición a una sustancia fototóxica y su posterior evolución, hasta su resolución,

LISTERIOSIS MATERNA COMO CAUSA DE SEPSIS PRECOZ EN RECIÉN NACIDO.

Autores y tutores: Campos González Cristián ¹, Ulloa Adasme Matías ¹, Martínez Figueroa Francisco ¹, Peñailillo Cisternas Javier ¹, Valenzuela González Javier ²

1. Interno de Medicina Universidad Autónoma de Chile sede Talca, Servicio de Neonatología HBL, Linares

2. Médico Pediatra, Servicio de Neonatología HBL, Linares.

INTRODUCCIÓN

La infección por *Listeria monocytogenes* (LM) en gestantes y la posterior transmisión al feto, representa una causa poco frecuente de sepsis neonatal precoz, reportada con una incidencia de 3,4 por cada 100.000 recién nacidos vivos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacido (RN) de 34 semanas, extraído por cesárea dado compromiso del bienestar fetal, presenta depresión respiratoria al nacimiento y necesidad de reanimación cardiopulmonar con posterior recuperación, dado mala mecánica ventilatoria se hospitaliza en servicio Neonatología Hospital base de Linares.

Durante su estadía cursa con diestres respiratorio grave, con requerimiento de CPAP con FiO₂ a 40% y sepsis precoz con hemocultivo positivo para LM. Tras la sospecha clínica y el inicio temprano de medidas de soporte y antibioticoterapia con Ampicilina y Gentamicina por 10 días y posterior Ampicilina por 4 días, RN se egresó del servicio con mejoría clínica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Pese a que la incidencia de sepsis neonatal en RN es baja, es una importante causa de morbimortalidad neonatal. Tanto estreptococo grupo B como *Escherichia coli*, son responsables de aproximadamente 2/3 de los cuadros de sepsis neonatal precoz, sin embargo, la prevalencia de listeria ha

presentado un aumento en el último tiempo con recurrentes periodos de brotes endémicos.

La mujer embarazada presenta mayor riesgo que la población general de adquirir la enfermedad, presentándose asintomática o con un cuadro inespecífico. La transmisión materno-fetal y posterior infección del neonato, determina dos formas principales de presentación, una precoz caracterizado por cuadro exantemático asociado a síndrome de

distrés respiratorio, y otra tardía con compromiso meníngeo.

La listeriosis materno-fetal es un cuadro que puede resultar fatal en el recién nacidos. Se debe educar a la población sobre recomendaciones enfocadas en la prevención, mientras que el personal de salud debe enfocarse en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cuadro.

PALABRAS CLAVE:

Sepsis, *listeria monocytogenes*, síndrome de distrés respiratorio.

REACCIÓN ADVERSA A AMANTADINA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PSICOSIS EN PACIENTE CON PARKINSON Y CEGUERA.

Autores y tutores: Escobar Mora Barbara¹, Martínez Vergara Constanza¹, Viveros Wandersleben Enid², Espinosa González Rafael³

1. Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
2. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
3. Neurólogo, Hospital de Tomé

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa, siendo la Levodopa la piedra angular del tratamiento, sin embargo, otra opción es la Amantadina, fármaco que ha demostrado mejorar los síntomas de la EP, aunque puede tener efectos adversos graves, los cuales ocurren en <5% de los casos. Los más frecuentes son mareos, incoordinación, insomnio y nerviosismo. Estos efectos pueden aparecer a las pocas horas después de la primera dosis o tras varias semanas de tratamiento; siendo más significativos en adultos mayores (AM).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 79 años con antecedentes de glaucoma avanzado y EP en tratamiento con Levodopa y Amantadina consulta en neurología, debido a que durante la última semana ha presentado alucinaciones (mujer, perros y gatos), asociado a desorientación espacial y dificultad para dormir.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se sospechan psicosis secundaria a Parkinson o reacción adversa a Amantadina, por lo cual se indica scanner y se retira el fármaco. Paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La psicosis constituye una seria complicación de la EP, consiste básicamente en alucinaciones visuales y delirio paranoide.

El caso descrito presentó sintomatología típica de psicosis, sin embargo, se consideró retirar la Amantadina debido a que había sido instaurada en el control anterior, y esta puede ser responsable de las alucinaciones en 1% de los casos. Debido a que la vida media del fármaco es de 30 horas, se esperaba que los síntomas decayeran en ese lapso de tiempo, lo cual ocurrió, confirmando el diagnóstico diferencial.

Es importante recordar que las reacciones adversas medicamentosas se deben considerar dentro de los diagnósticos diferenciales, sobre todo en el AM. Esto porque inciden en la calidad de vida tanto del paciente, como del cuidador. Por lo anterior, es clave que el futuro investigativo lo considere.

PALABRAS CLAVE: Amantadine, Parkinson Disease, Age, Levodopa

SÍNDROME DE MIRIZZI CON FORMACIÓN DE FÍSTULA BILIAR, REPORTE DE UN CASO

Autores y tutores: Martínez Figueroa Francisco¹, Campos González Cristián¹, Arévalo Navarro Roberto¹, Peñailillo Cisternas Javier¹, Korn Bruzzone Owen²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chile Sede Talca. Servicio de cirugía. Santiago, Chile

2. Médico Cirujano, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Servicio de cirugía. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mirizzi constituye una complicación crónica de la colecistolitiasis, genera una obstrucción extrínseca de la vía biliar, pudiendo progresar a una fístula colecistocolédociana

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta a paciente de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial que consulta por un cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal localizado en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho, asociado a vómito, coluria, acolia y pérdida de peso de 6 kilogramos en los últimos cinco meses. Al examen físico impresiona marcado tinte icterico de piel y mucosas, enflaquecido, abdomen doloroso en epigastrio y palpación de masa en hipocondrio derecho, indolora. Con respecto al laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios, patrón colestásico e insuficiencia renal aguda. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis y colangiografía resonancia, que evidencian severa dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, litiasis de 22 mm en el colédoco distal y ausencia de vesícula, junto a trombosis de la vena porta principal y sus ramas intrahepáticas. Se establece el diagnóstico de colangitis secundaria a coledocolitiasis y trombosis de la vena porta. Se intenta colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la cual resulta frustra dado el

tamaño de la litiasis, por lo que se programa una colecistectomía laparoscópica con coledocotomía exploratoria, donde se constata un hígado fibroso, que se correlaciona con la masa palpable al examen físico, donde se evidencia una fístula colecistocolédociana, con un conducto cístico unido al colédoco. Se realiza una coledocotomía, además de una extracción del cálculo con posterior coledocorrafia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Inicialmente en este paciente las primeras hipótesis diagnosticas fueron coledocolitiasis o un tumor periampular, dado por la presentación clínica y la prevalencia de estas por sobre el síndrome de Mirizzi.

La incidencia de fístulas biliares es baja, sin embargo, un reconocimiento precoz es importante para evitar mayor progresión y complicaciones además de estar preparado a la hora de la cirugía.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Mirizzi, litiasis, fístula biliar

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR RELACIONADO A FORAMEN OVAL PERMEABLE.

Autores y tutores: Roca Navarrete Pastora^{1-a}, Chamorro Silva Victoria^{1-a}, Ormeño Muñoz Carlos.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

a. Interna de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN

El foramen oval permeable (FOP) es un remanente de la vida intrauterina que llegando a la adolescencia debiera cerrarse. La persistencia de este se ha relacionado con tromboembolismo, embolismo paradójico, platipnea, accidente cerebrovascular (ACV), cefalea tipo migraña, entre otras. A continuación presentamos el caso de un FOP asociado a embolismo paradójico (EP).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 42 años, con antecedentes de aneurisma cerebral diagnosticado hace 5 años, tabaquismo y cefalea. Diagnosticada de trombosis venosa superficial 14 días previos a su ingreso. Consulta por cefalea holocraneana, que al día siguiente se asocia a disartria. Angio tomografía de cerebro y cuello informa lesión de aspecto isquémico reciente frontal izquierdo en territorio de arteria cerebral media (ACM). Estudio de vasos del cuello sin hallazgos patológicos.

Ecocardiograma indica dimensiones y fracción de eyección normal del ventrículo izquierdo con prueba de contraste salino que evidencia probable FOP pequeño.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El FOP es una causa de EP, siendo una de las complicaciones el ACV. EP es la entrada de un trombo de origen venoso a la circulación sistémica por medio de un shunt derecha-izquierda. En esta paciente, el ACV isquémico es de tipo criptogénico, asociado más frecuentemente a FOP. En cuanto a la

terapia, se recomienda evaluar beneficios y riesgos (complicaciones y fibrilación auricular) del cierre del FOP, así como también iniciar tratamientos farmacológicos con antiagregantes y anticoagulantes.

En todo paciente con antecedente de AVC sin causa clara (fibrilación auricular, aurícula aumentada de tamaño) se debe buscar otras etiologías menos comunes, como es el caso del FOP, realizando estudios cardíacos, principalmente ecocardiograma, electrocardiograma y holter de ritmo. De esta manera es posible determinar la etiología, tanto para el manejo como para la prevención secundaria.

PALABRAS CLAVE: Foramen oval permeable, accidente cerebrovascular, embolismo paradójico.

DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO GRAVE COMO DIFERENCIAL DE SÍNDROME

Autores y tutores: Aguilera Rodríguez Francisco^{1,a}, Roca Navarrete Pastora^{1,b}, Chamorro Silva Victoria^{1,b}, Troncoso Miranda Fernanda^{1,b}, Ormeño Muñoz Carlos.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

a. Interno de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.

b. Interna de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Sebastián.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumatológica autoinmune, crónica y multisistémica. Afecta principalmente mujeres entre 20 y 50 años. Los síntomas son diversos y de severidad variable. El compromiso renal y neuropsiquiátrico (4.5%), se asocian a peor sobrevida, al igual que el síndrome antifosfolípidos, presente en un 30% de pacientes con LES.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente 16 años, sin antecedentes. Consulta urgencias, por 2 semanas de evolución de disnea, dolor pleurítico, tos y fiebre hasta 39.5°C. Refiere baja de peso y sudoración nocturna. Ingresa disneico, requiriendo oxígeno suplementario. Destacan adenopatías occipital e inguinal. Radiografía de tórax evidencia derrame pleural (DP) bilateral masivo. Toracocentesis, demuestra exudado mononuclear, ADA bajo y cultivo negativo.

TAC TAP describe hepatoesplenomegalia, adenopatías supra e infradiaphragmáticas. DP y pericárdico. Focos de neumopatía bilateral con componente atelectásico. Evoluciona con reproducción de DP y persistencia de fiebre. Hemograma evidencia trombocitopenia severa (20000) y anemia leve. Se biopsia médula ósea, desestimando síndrome linfoproliferativo y leucemia. Estudio inmunológico presenta: Anti-Sm +, Anti-RNP+, Coombs directo +, anti-DNA +, anticardiolipinas IgM + ANA+, hipocomplementemia.

Reumatología confirma lupus grave, e inicia tratamiento, con mejora respiratoria y

hematológica. Fondo de ojo de control, muestra papiledema. TAC de cerebro evidencia accidente cerebro vascular isquémico e imágenes sugerentes de vasculitis y patología microangiopática.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El LES, puede ser de difícil diagnóstico, por la inespecificidad y severidad de sus manifestaciones. Es por esto, que es clave mantener la sospecha clínica ante un cuadro inespecífico y/o agresivo, y buscar posibles complicaciones que pueden afectar de manera importante en la morbimortalidad.

Es relevante conocer e integrar, como diagnóstico diferencial el LES en patologías de difícil diagnóstico. La amplia gama de presentaciones, hace del LES una patología que debe estar presente cuando la clínica y factores de riesgo lo sugieran, para así evitar una mala evolución.

PALABRAS CLAVE:

Derrame pleural, lupus eritematoso sistémico, neurolupus, síndrome antifosfolípidos, trombocitopenia.

SÍNDROME DE MIRIZZI, REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Jara Cocio Luz Margarita¹, Espinoza Albornoz Bárbara², Navarrete Ulloa Wladimir², Cabezas Peña María José², Blanco Arias Hernando².

1. Estudiante 5° año de Medicina, Universidad Mayor Temuco
2. Interna(o) 7° año de Medicina, Universidad Mayor Temuco
3. Cirujano, Hospital San José de Victoria.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mirizzi (SM) es una complicación de la colelitiasis, sin embargo, es una patología rara con una incidencia del 1%. Se produce por la impactación de un cálculo en el bacinete vesicular, evolucionando a una fístula colecistocolédociana. La clínica corresponde a ictericia obstructiva, y el diagnóstico se realiza por imágenes, aunque mayoritariamente ocurre como hallazgo intraoperatorio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 53 años, sin antecedentes mórbidos y dieta alta en grasas. Consulta en urgencias por cuadro de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho (HD), náuseas y vómitos biliosos. Al examen físico afebril con abdomen doloroso en HD y epigastrio, Murphy dudoso. Se rescata ecografía abdominal previa que impresiona colelitiasis. En exámenes de laboratorio destaca elevación de transaminasas, con patrón colestásico. Debido a múltiples consultas previas por la misma clínica se decide hospitalizar con eventual resolución quirúrgica. Se realiza colecistectomía vía laparoscópica frustra, convirtiéndose a colecistectomía abierta, evidenciando vesícula biliar distendida con bilipus, con cálculo enclavado en bacinete, asociado a lesión del 60% de circunferencia del colédoco, determinando un SM tipo 2.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El caso destaca una clínica poco específica para síndrome icterico y paraclínicos poco específicos. Sin embargo, lo que determina la conducta con la paciente, es el diagnóstico de cólico biliar prolongado, sospechando

colecistitis y, que, debido a los hallazgos intraoperatorios, se constata el SM. El abordaje quirúrgico depende del tipo, en este caso se introdujeron dos prótesis biliares y se hizo una coledocorrafia. Debido a la alta asociación de cáncer, se realiza biopsia que informa: colecistitis crónica moderada con focos de metaplasia. El SM es una complicación rara e infrecuente de la colelitiasis, a pesar de esto, se debe tener siempre en consideración ante la presencia de una clínica prolongada; para poder realizar un abordaje adecuado y evitar una lesión grave de la vía biliar.

PALABRAS CLAVE: Colestasis, Mirizzi Syndrome, Colecistitis, Colangiografía.

BACTERIEMIA POR *VEILLONELLA* ATYPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Cárcamo Cotapos Gustavo¹, Biere Rosas Catalina¹, Barría Quiroz Bastian¹, Valenzuela Quintana Camila¹, Bastidas Leal Lorena², Barria Álvarez Nicolás³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Osorno, Osorno, Chile.

2. Médico Internista especialista en infectología, Hospital Base San José Osorno, Osorno, Chile.

3. Médico general, Hospital Base San José Osorno, Osorno, Chile.

INTRODUCCIÓN

La especie *Veillonella* es un diplococo anaerobio gramnegativo que se encuentra en la microbiota oral, gastrointestinal y vaginal humana que se considera como comensal, y rara vez se ha aislado como patógeno clínicamente significativo en casos de bacteriemias.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 66 años, con antecedentes de fibrosis pulmonar secundaria a artritis reumatoide en tratamiento inmunosupresor e hipertensión arterial. Consulta en urgencias por un cuadro de 2 semanas de dolor dorsal y aumento de su disnea basal hasta llevar a reposo, sensación febril y tos con expectoración. Previamente, había iniciado en atención primaria claritromicina, sin respuesta. Al ingreso hemodinámicamente estable, afebril, polipneica, saturando 94% con FiO₂ ambiental, al examen físico con crépitos y sibilancias bibasales. Laboratorio destaca PCR 164 mg/dL, leve leucocitosis, panel molecular respiratorio y PCR COVID19 negativos. Tomografía computarizada con opacidades reticulares corticales e infiltrado en vidrio esmerilado. Inicia tratamiento empírico con ceftriaxona y O₂ por naricera, pero con rápido deterioro clínico y de laboratorio.

Se decide ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) para soporte hemodinámico

y ventilatorio invasivo, se toman nuevos hemocultivos y se deja terapia antimicrobiana de amplio espectro (Vancomicina, piperacilina/tazobactam, que posteriormente se cambió a imipenem). Sin embargo, paciente evoluciona con SDRA, shock séptico refractario requiriendo hemofiltración de alto volumen. Fallece a pesar del esfuerzo terapéutico a las 48 horas de su ingreso a UCI. Los hemocultivos fueron (+) a las 25 horas para *Veillonella atypica*. (resultado post Mortem).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Veillonella es una bacteria comensal de la microbiota oral, gastrointestinal y vaginal humana que rara vez tiene un rol patógeno. En el caso es difícil precisar el foco de origen de la infección. La literatura muestra que existe una mayor resistencia de *Veillonella spp.* a penicilina, clindamicina y piperacilina/tazobactam.

PALABRAS CLAVE: Bacteriemia, *Veillonella*, *Veillonella atypica*, sepsis, pulmonary infection.

SÍNDROME DE ORINA PÚRPURA

Autores y tutores: Biere Rosas Catalina¹, Barría Carrasco Bastián¹, Cárcamo Cotapos Gustavo¹, Valenzuela Quintana Camila¹, Badaracco Morales Mateo²

1. Interna/o Medicina UACH, campus Clínico Osorno. Hospital Base San José Osorno, Chile.
2. Médico general, Hospital Base San José Osorno, Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de la bolsa de orina púrpura es una entidad benigna e infrecuente. Corresponde a una infección del tracto urinario en pacientes portadores de sonda vesical. Su fisiopatología no es del todo conocida. Se postula que la presencia de bacterias productoras de sulfatasas y fosfatasas, tales como *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Proteus vulgaris*, generan indirrubicina (adquiriendo coloración rojiza) e índigo (adquiriendo coloración azul), siendo la mezcla de compuestos la cual se adhiere a la superficie del catéter, interactuando con el policloruro de vinilo y resultando finalmente en la coloración púrpura característica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 89 años, con antecedentes de hipotiroidismo, tromboembolismo pulmonar y retención urinaria 2° a infección por Sars-CoV2, hipoacusia severa. Evaluado por urología tras cuadro de retención urinaria posterior a hospitalización en contexto de COVID19, cuyo estudio evidencia hiperplasia prostática benigna y se decide manejo quirúrgico. Al momento de hospitalización electiva el paciente se presenta asintomático, con hemodinamia estable, usando bolsa recolectora con orina púrpura y de mal olor. Niega consumo de medicación o alimentos que pudieran explicar cuadro. Examen físico normal. Exámenes de laboratorio con parámetros inflamatorios normales, orina completa evidencia piuria y bacteriuria. Urocultivo resulta polimicrobiano. Se decide inicio de manejo antibiótico empírico con ciprofloxacino. Evoluciona con orina clara tras 1 día de terapia. Se realiza cirugía prostática sin inconvenientes. Al control ambulatorio asintomático, sin nuevos episodios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El síndrome de orina púrpura corresponde a una entidad infrecuente, sin estudios de prevalencia, que resulta a partir de la infección del tracto urinario en pacientes usuarios de sonda vesical. Es importante reconocer y tratar la infección según los hallazgos en sedimento de orina y urocultivo, sin necesidad de ocupar más recursos en otros estudios o derivaciones innecesarias, ya que se trata de una entidad de buen pronóstico que no requiere de manejo agresivo.

PALABRAS CLAVE: Orina, infección urinaria, sonda vesical.

BACTERIEMIA POR *BACILLUS LICHENIFORMIS*, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Cárcamo Cotapos Gustavo¹, Biere Rosas Catalina¹, Barría Quiroz Bastian¹, Valenzuela Quintana Camila¹, Bastidas Leal Lorena², Badaracco Morales Mateo³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Osorno, Osorno, Chile.

2. Médico Internista especialista en infectología, Hospital Base San José Osorno, Osorno, Chile.

3. Médico general, Hospital Base San José Osorno, Osorno, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las bacteriemias por *Bacillus licheniformis* (*BL*), bacilos gram positivos aerobios formadores de esporas, son extremadamente raras. Generalmente ocurren en contexto de pacientes inmunosuprimidos u oncológicos con catéter venosos centrales, aunque también se ha aislado en estos pacientes en contexto de peritonitis, intoxicación alimentaria y endocarditis. Se presenta el caso de un paciente trabajador agrícola, sin otros factores de riesgo, con un síndrome febril sin foco. (SFSF).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 29 años, sin antecedentes mórbidos, partero agrícola. Policonsultante en servicio de urgencias por un cuadro de diez días de evolución de compromiso del estado general, mialgias, cefalea, dolor inspiratorio costal tipo puntada y fiebre de predominio nocturno hasta 39,5°C. Refiere haber atendido un aborto bovino la semana previa al inicio de los síntomas. Al ingreso, en regulares condiciones generales, febril. Destaca sin leucocitosis, proteína C reactiva de 37,5 mg/dL y ELISA VIH (-); sin otras alteraciones. Ingresó como SFSF. Se toman hemocultivos, estudio para Leptospirosis, *Rickettsias*, *Coxiella Burnetii* y *Brucella*. Se inicia doxiciclina de forma empírica. Además, se realiza ecocardiograma que no mostró vegetaciones. Evoluciona estable, estudio microbiológico negativo, pero un hemocultivo positivo a las 33 horas para *BL* (sin susceptibilidad). Es

evaluado por infectología ajustando tratamiento a vancomicina y ciprofloxacino. Se mantiene en tratamiento asociado por 7 días, con buena respuesta clínica y de laboratorio. Se decide alta y seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El SFSF en paciente agrícola siempre es un desafío para el clínico por la variedad de zoonosis que pueden estar asociadas. *BL* se ha asociado a abortos caprinos y bovinos, por lo cual muy probablemente el paciente adquiere la infección en dicho contexto.

Las bacteriemias por *BL* han sido asociado a pacientes inmunosuprimidos, asociados a procedimientos invasivos, trauma o abortos bovinos. Es importante tenerlo como diagnóstico diferencial en paciente agrícola que se presente con SFSF.

PALABRAS CLAVE: *Bacillus licheniformis*, Fever of Unknown Origin, bacteremia, bacillus.

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN PUERPERIO. REPORTE DE CASO.

Autores y tutores: Venturelli Escobar Constanza¹, Melo Valenzuela Camila¹, Aguilera Abarca Nicolás¹, Arriagada Recabarren Bastián¹. Figueroa Navarro Julián².

1. Interno de Medicina Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

2. Médico Cirujano. Residente de Cirugía General Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un conjunto de signos y síntomas neurológicos asociados a hallazgos en neuroimagen de edema cerebral en regiones posteriores. Generalmente es reversible, sin embargo, podría requerir monitoreo y tratamiento en UTI. Si bien está asociado a diversos factores de riesgo, a continuación, se presenta caso de paciente sin antecedentes mórbidos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Puérpera de 7 días, ingresó a urgencias en estado postictal, hipertensa, posterior a convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Laboratorio destacaban creatininemia 1.31mg/dl, relación proteinuria/creatininuria 0.44. Se manejó con MgSO₄. RNM cerebro: focos hiperintensos corticales parietietooccipitales bilaterales. Se hospitalizó en UTI, cursó con crisis hipertensiva, manejada con buena respuesta. Se diagnosticó PRES, se indicó levetiracetam por 1 mes, quedando en control con neurología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La literatura describe diferentes factores de riesgo para PRES, como: hipertensión, terapias inmunosupresoras, enfermedad renal, etc. Dentro de ellos, la hipertensión juega un rol importante dentro de su fisiopatología, una teoría describe que la HTA sistémica causaría hiperperfusión cerebral y edema vasogénico. Con respecto a la clínica, se han

descrito signos y síntomas característicos, entre ellos: cefalea, alteraciones visuales, convulsiones, trastornos de conciencia y focalidad neurológica. Reconocer este cuadro permite al clínico realizar un estudio adecuado que diagnostica PRES con imágenes que muestran edema vasogénico en un territorio cerebral característico. Lo anterior posibilita iniciar un tratamiento de manera temprana para evitar complicaciones.

Si bien la incidencia del PRES no es conocida, existen reportes de caso que orientan a que podría ser un cuadro posible de ver en urgencias cuyo diagnóstico requiere de alto índice de sospecha en contexto de un cuadro clínico compatible. El diagnóstico temprano y la diferenciación de otros cuadros clínicos es crucial para iniciar el tratamiento y prevenir complicaciones.

PALABRAS CLAVES: Síndrome Encefalopatía posterior reversible; Encefalopatía hipertensiva; edema vasogénico; embarazo.

ENFRENTAMIENTO DEL SÍNDROME PURPÚRICO EN LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Marinao Mayorga Camila¹, Aguilera Abarca Nicolás¹, Meynet Catalán Cristobal¹, Ritz Cid Camila¹, Dr. Diego Henríquez Narváez².

1. Interna/o de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Residente de Pediatría, Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile. Tutor.

INTRODUCCIÓN

El síndrome purpúrico se produce por la extravasación de células sanguíneas en piel y/o mucosas secundaria a alteración vascular o de la hemostasia. Estas lesiones se caracterizan por ser bien delimitadas y no desaparecer a la vitropresión, con coloración variable según profundidad y tiempo de evolución.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado. Paciente de 1 año con antecedentes de RCIU, prematuridad de 32 semanas y trombocitopenia neonatal autolimitada. Madre de paciente consulta por cuadro de 48 horas de exantema petequeal no pruriginoso con inicio distal y progresión generalizada y asociado a hematomas en áreas de apoyo, sin evidencia de sangrado activo. Durante la hospitalización, los exámenes destacan anemia, trombocitopenia, frotis con poiquilocitosis y esquistocitos. Con posibilidades diagnósticas de Síndrome de Evans, SHU atípico, CID de bajo grado y PTI se decide administrar inmunoglobulina. Con evolución posterior a pancitopenia marcada con necesidad de transfusión de hemoderivados. Sin compromiso renal ni neurológico, Coombs directo negativo, C3 normal, ultrasonido abdominal sin alteraciones, se continúa estudio con ADAMTS13 negativo, coprocultivo negativo, biopsia de médula ósea y mielograma resultando positivo para síndrome mielodisplásico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los síndromes mielodisplásicos son

trastornos de las células progenitoras hematopoyéticas, caracterizados por la presencia de hematopoyesis ineficaz y alteraciones morfológicas celulares, presentándose como una enfermedad rara en la edad pediátrica. Presentamos un caso en que el diagnóstico no pudo ser precisado durante el estudio inicial, destacando la importancia del estudio exhaustivo de otras patologías menos prevalentes, pero con un gran impacto en la morbimortalidad de los pacientes

El reconocimiento de la etiología y descarte de diagnósticos diferenciales será fundamental para un tratamiento eficaz. Pese a que, en la edad pediátrica, frecuentemente estos casos se deben a púrpura trombocitopénica inmune, no debemos limitar la búsqueda de otras patologías potencialmente tratables.

PALABRAS CLAVE: Hemolytic anemia, Purpura, Pancytopenia, Myelodysplastic syndromes, Pediatrics.

Ileítis aguda en Hospital Base de Linares, un desafío diagnóstico: reporte de un caso.

Autores y tutores: Sáez Contreras Diego ⁽¹⁾, Peñailillo Cisternas Javier ⁽¹⁾, Martínez Figueroa Francisco ⁽¹⁾, Campos González Cristián ⁽¹⁾, Lecaros Muñoz Miguel ⁽²⁾

1. Interno de Medicina Universidad Autónoma de Chile, Talca, Hospital Base Linares, Linares.

2. Médico cirujano, Hospital Base Linares, Linares.

INTRODUCCIÓN

El íleon es la última porción del intestino delgado, la inflamación de éste se denomina ileítis aguda, cuyas causas principales corresponde a infecciones y enfermedad de Crohn, puede producir un cuadro clínico de dolor abdominal generalmente autolimitado, siendo parte de su desafío diagnóstico descartar apendicitis aguda.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un escolar de 6 años, sin antecedentes, que presentó cuadro clínico de 5 días caracterizado por dolor abdominal difuso que posteriormente migró a fosa ilíaca derecha (FID), intensidad moderada, concomitante a fiebre de 39°C, vómitos y anorexia, en APS se le realizó un TC abdominal que informó: “hallazgos sugerentes de ileítis distal con adenopatía reactiva”. Sin embargo, por persistencia del cuadro clínico consultaron en urgencias del Hospital de Linares, se decidió hospitalizarlo para iniciar tratamiento con antibióticos por fiebre alta, descartar apendicitis aguda, recontrolar con ecografía de abdomen y exámenes de laboratorio, ingresando hemodinámicamente estable y con dolor a la palpación abdominal en FID al examen físico. Durante la hospitalización se realizó ecografía abdominal que indicó “signos sugerentes de ileítis” y apéndice con calibre conservado, además de norovirus (+) en deposiciones. Después de 6 días, dadas las buenas condiciones generales, se decide dar el alta médica con diagnóstico de ileítis distal por norovirus.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En este caso se presenta un escolar que, a pesar de tener una tomografía abdominal sugerente de ileítis distal y del tratamiento sintomático, se decidió hospitalizar dado su cuadro clínico concomitante a elevación de parámetros inflamatorios y fiebre alta, siendo necesario observar la evolución de la clínica y confirmar con norovirus (+) en deposiciones. Se concluye que, mediante la decisión de hospitalizar, se disminuyó el margen de error diagnóstico respecto a otros diferenciales de abdomen agudo.

PALABRAS CLAVE:

Ileítis, apendicitis, norovirus.

SINGULTO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CANDIDIASIS ESOFÁGICA. REPORTE DE CASO.

Autores y tutores: Hofmann García Sofía^{1a}, Möller Diaz Daniela^{1a}, Guiñez Cofré Ignacio^{1a}, Dabovich Stenger Lukas^{1a}, Hofmann Frene Edmundo²

1. Universidad Autónoma, Santiago, Chile
2. Gastroenterólogo Clínica Alemana, Temuco, Chile.
- a. Alumno Universidad Autónoma de Chile

INTRODUCCIÓN

La candidiasis esofágica es la infección por hongos más frecuente en gastroenterología, el organismo causante es la *Cándida albicans*, aunque ocasionalmente se identifican otras especies (*Cándida glabrata* o *Cándida krusei*). Se asocia a inmunodepresión y factores como diabetes, falla renal, falla hepática, neoplasias y uso de antibióticos, inhibidores de la bomba de protones o corticoides. Suele presentarse como odinofagia de comienzo brusco con o sin disfagia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 44 años, con antecedentes de colitis ulcerosa, que consulta por crisis grave de la misma, por lo cual se hospitaliza y se inicia tratamiento con corticoides. Al 6° día presenta singulto de difícil manejo, que no responde a Domperidona intravenosa (IV), Levosulpirida IV y respuesta parcial a Risperidona. Se realiza endoscopia digestiva alta, que muestra Candidiasis esofágica grado 2 de Kodsi. Se administra Fluconazol en comprimidos 150 mg al día y Miconazol en gel cada 6 hrs., manteniendo la terapia esteroideal. El paciente evoluciona favorablemente, sin singulto a las 72 horas. Control post alta con Mesalazina, prednisona en vías de suspensión y Azatioprina, sin síntomas de su Colitis ulcerosa y sin singulto.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La candidiasis esofágica generalmente presenta clínica de odinofagia y disfagia como síntomas principales, no encontrándose el singulto en la literatura como manifestación de esta. Este caso requirió un estudio exhaustivo ante la aparición de singulto, donde la endoscopia confirmó el diagnóstico. Se inició tratamiento con antimicóticos, con lo cual el paciente evolucionó sin singulto planteándose la candidiasis como etiología de este.

PALABRAS CLAVE: Singulto, *Cándida albicans*, Candidiasis, Colitis ulcerosa, Corticoides.

Macroglobulinemia de Waldenström, a propósito de un caso.

Autores y tutores: Lazcano Díaz Sebastián¹, Kehr Contreras Katalina², Alveal Cuevas Camila², Peñaloza Castillo Sebastián³.

1. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.
3. Médico Cirujano, Becado de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

INTRODUCCIÓN

La macroglobulinemia de Waldenström (MW) es una gammopatía monoclonal y un estadio madurativo intermedio entre un linfoma de linfocitos B maduro y neoplasias de células plasmáticas. Tiene una incidencia de 3,8 por millón. La clínica corresponde a adenopatías, infiltración hepatoesplénica, anemia, trombocitopenias, aunque puede cursar asintomática. Estas manifestaciones pueden ser también encontradas en mesenquimopatías por lo que es un desafío diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 69 años, antecedentes de artritis reumatoide seropositiva, Síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico (LES). Presenta adenopatías cervicales desde hace 3 meses.

Consulta por cuadro de 2 semanas de compromiso estado general, astenia, baja de peso y debilidad. Al ingreso con poliadenopatías y laboratorio con hipercalcemia maligna, Tac Tap informando adenopatías supra e infra diafragmáticas. Presentó falla renal y anemia con trombocitopenia, en primera instancia sospechando LES activo por anti-DNA positivo y complemento bajo. Marcadores de proliferación b2 microglobulina alta y LDH alta. Con electroforesis e inmunofijación que detecta componente monoclonal IgM tipo Kappa. Exámenes y clínica son sugerentes de macroglobulinemia de Waldenström. Se realiza biopsia de adenopatía y biopsia de médula ósea con infiltración linfoplasmocitaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es importante plantear este diagnóstico en pacientes con manifestaciones de un mieloma múltiple como la hipercalcemia, B2 microglobulina elevada, LDH alta y un peak monoclonal, como también manifestaciones de linfoma como adenopatías, infiltración hepatoesplénica, baja de peso y compromiso del estado general.

Principalmente lo que orientó el diagnóstico fue la solicitud de la electroforesis, ya que la macroglobulinemia se destaca por su peak monoclonal de Ig M, el contrario, el mieloma no tiene Ig M y el linfoma se descartó con la biopsia de adenopatía.

La sospecha clínica fue difícil, es muy importante la evaluación multidisciplinaria en este caso ya que participó dermatología, hematología, reumatología, cirugía cabeza cuello, guiados por el equipo de medicina interna.

PALABRAS CLAVE: Waldenström Macroglobulinemia; Inmunoglobulin M; Lymphadenopathy; Neoplasms.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

BASES MOLECULARES Y CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE COSTELLO, MUTACIÓN DE UNA VÍA DE SEÑALIZACIÓN VITAL.

Autores y tutores: Jameux Quitral Paula¹, Sandoval González Lucas¹, Reyes Araneda Cristian¹, Stowhas Suarez Alex¹, Carvalho Vallejos Valentina¹, Koch Benvenuto Marco².

(1) Interno (a) de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

(2) Médico Cirujano, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las rasopatías son enfermedades causadas por mutaciones en genes que codifican para proteínas participantes de la vía de señalización celular *RAS/MAPK*. Ésta vía se encarga de la activación de proteínas kinasas que fosforilan factores de transcripción en el núcleo celular codificantes para productos participantes en procesos de diferenciación, proliferación y migración celular. El Síndrome de Costello (SC), es una rasopatía, poco frecuente, dada por una mutación de tipo sustitución de aminoácidos en el protooncogén *HRAS*, codificante para la proteína del mismo nombre. Su fenotipo muestra alteraciones multisistémicas (macrocefalia, anomalías faciales, miocardiopatías) y se asocia a un mayor riesgo tumoral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión exhaustiva en los principales buscadores de publicaciones médicas (PubMed, ScienceDirect y Scielo), de revisiones sistemáticas o bibliográficas y reporte de casos sobre rasopatías y Síndrome de Costello.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El SC deriva de la mutación tipo *missense* de dos codones en el gen *HRAS* codificante de proteína *HRAS* lo que genera una elevada actividad del producto del gen, manteniendo la vía de las *RAS-MAPK* en activación constante.

La importancia de esto radica en la participación de la vía en la regulación de apoptosis en la embriogénesis, y en la

proliferación, diferenciación y migración celular lo que explica la clínica de una mutación en ella. Además, *HRAS* es un proto-oncogén conocido, y su activación se encuentra a menudo en tumores somáticos lo que explicaría la oncogénesis elevada en el SC.

Existen escasos estudios y tratamientos relacionados a esta enfermedad. De momento, solo existen tratamientos experimentales paliativos no dirigidos a la causa. Se hace necesario plantear la vía *RAS/MAPK* como un punto de interés para futuras investigaciones y estudios por su asociación a la patogenia de la oncogénesis y la importancia en morbimortalidad que esta última implica en la actualidad.

RESULTADOS DE TIMPANOPLASTÍA TIPO I ENDOSCÓPICA.

Autores y tutores: Barros Cornejo Jenifer¹, Valenzuela Rocha Ivonne², Peña Rojas Eduardo³

1. Interna de medicina Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile

2. Interna de medicina Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile

3. Otorrinolaringólogo, Servicio de Otorrinolaringología, Clínica Lircay, Talca, Chile

INTRODUCCIÓN

Las perforaciones de la membrana timpánica (MT) son lesiones frecuentes, causadas por infecciones del oído medio, ruptura traumática o complicación postoperatoria. Aquellas perforaciones persistentes deben ser reparadas quirúrgicamente mediante una timpanoplastía (TP), la TP tipo I hace referencia a la restauración de la MT, sin intervenir la cadena osicular. El abordaje puede ser con microscopio o endoscopio, este último proporciona mejor acceso y visión de áreas del oído medio que de otro modo estarían ocultas. El objetivo del estudio es evaluar los resultados de la técnica endoscópica en nuestro centro (Clínica Lircay).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de fichas clínicas de pacientes operados de timpanoplastía tipo I entre enero de 2017 y diciembre de 2019, que contaran con video-otoscopia y audiometría al menos un año después de la operación. Se analizaron 22 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, se comparó el promedio de audición de 0,5, 1, 2 y 4 KHz pre y postquirúrgico.

RESULTADOS

La audición promedio preoperatoria fue 32.6 dB, la vía ósea 14.8 dB, con un gap de 17.8 dB. La audición post operatoria fue de 21.3 dB, con una vía ósea 16.9 dB y un gap de 4.3 dB. Las diferencias de la vía aérea y de la brecha vía aérea/vía ósea son estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Los 22 (100%) pacientes presentaban el injerto íntegro al año de operados. 20 pacientes

(90,9%) corrigieron su audición más de 10 dB o alcanzaron valores normales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos concuerdan con lo descrito en la literatura (tasa de cierre de perforación entre 82-100% y mejoría auditiva entre 14-29 dB, con cierre de gap en más del 90%). La TP I endoscópica es por tanto, un procedimiento seguro y eficiente para la reparación anatómica y recuperación auditiva tras una perforación timpánica.

SÍNDROME DE SJÖGREN Y AFECTACIÓN DE LA VOZ, UNA REVISIÓN

Autores y tutores: Barros Cornejo Jenifer¹, Valenzuela Rocha Ivonne¹, Peña Rojas Eduardo²

1. Interna de medicina Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile

2. Otorrinolaringólogo, Servicio de Otorrinolaringología, Clínica Lircay, Talca, Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren (SS) es un trastorno autoinmune caracterizado por una inflamación y destrucción crónica de las glándulas exocrinas. Su incidencia es de 3-11 casos por 100.000 habitantes y la prevalencia entre 0,05 y 1%. Afecta predominantemente a las glándulas salivales y lagrimales generando los síntomas característicos: xeroftalmia y xerostomía. En la mucosa laríngea, la saliva es necesaria para el proceso fonatorio, por lo tanto, el objetivo de esta revisión es determinar la presencia de alteraciones de la voz en pacientes con SS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática en Medline (PubMed), Scielo y Cochrane library basado en palabras clave de esta enfermedad. Se revisaron 17 trabajos, publicados entre los años 1992 y 2022, que reúnen 469 pacientes.

RESULTADOS

La disminución de la secreción de saliva altera las propiedades vibratorias de la laringe y produce cambios biomecánicos y termodinámicos del proceso fonatorio. En los análisis acústicos, más del 80% de los pacientes con SS presentan alteración de la frecuencia fundamental, control de la intensidad de la emisión y presencia de ruido en la fonación. En el análisis perceptual de expertos, el 63% de los pacientes presentan alteración vocal, 15% leve, 39% moderada y 9% severa. Los exámenes endoscópicos demuestran alteración del cierre glótico en un 70% y onda mucosa alterada en más de un 90%. En las encuestas de autopercepción, el 57% de los pacientes reporta una alteración significativa en su calidad de vida, especialmente en aspecto funcional y físico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El SS afecta a un número significativo de personas y la mayoría de ellas presentan síntomas vocales, que contribuyen a deteriorar su calidad de vida. Si bien los cambios tisulares de la laringe no pueden revertirse, existen intervenciones terapéuticas sencillas que mejoran la sintomatología vocal y con ello, la calidad de vida.

MÉDICOS INCORPORADOS A ETAPA DE DESTINACIÓN: COMUNAS Y DIFICULTAD.

Autores y tutores: Ignacio Guiñez¹, Lukas Dabovich¹, Sofia Hofmann¹, Daniela Moller¹, Marion Plaza¹, Francys Andrade²

1. Estudiante de Medicina, Universidad autónoma de Chile, Providencia, Chile.

2. Médico Cirujano, CECOSF Salvador Allende, San Joaquín, Chile.

INTRODUCCIÓN

Cada año se realiza el Concurso de Ingreso al Sistema Nacional de Servicios de Salud (CONISS), en el que los médicos egresados tienen la posibilidad de escoger una especialización o una plaza. Las plazas disponibles se distribuyen a lo largo de las regiones del país y se les asigna un grado de dificultad que va desde la letra “A”, asignada a aquellas con mayor dificultad, hasta la “E” que se considera la con menor dificultad. Describir las preferencias de destinación y de dificultad de los médicos egresados según su calificación médico nacional a través del concurso CONISS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio bibliométrico descriptivo. Análisis del documento “resultados plazas coniss 2019”, La recolección de datos y su análisis se realizó vía Excel.

RESULTADOS

Según región:

Los resultados se presentan según la siguiente notación: “Región (promedio/puntaje máximo/ puntaje mínimo/número de plazas)”

Arica y Parinacota (58,54/61,41/56,04/8), Tarapacá (58,39/62,77/54,38/21), Antofagasta (58,20/61,62/56,7/25), Atacama (58,22/61,13/56,74/11), Coquimbo (59,72/63,38/56,09/26), Valparaíso (60,51/63,16/57,7/48), Metropolitana (60,33/65,39/57,8/88), Del libertador bernardo O’Higgins (60,48/64,33/58,48/27), Del Maule (60,69/63,91/58,78/21), Ñuble (61,18/64,15/58,52/26), Biobío (60,61/64,35/58,13/73), Araucanía (61,64/64,86/58,44/52), Los Ríos (62,80/64,15/61,81/9), Los Lagos

(61,59/65,75/56,34/50), General Carlos Ibáñez del Campo (59,61/63,20/57,57/13), Magallanes y de antártica chilena (61,26/64,6/58,72/13)

Según dificultad:

Los resultados se presentan según la siguiente notación: “Dificultad (promedio/puntaje máximo/ puntaje mínimo/número de plazas)”

A (61,51/64,33/57,57/53)

B (61,9/65,75/56,34/51)

C (60,63/64,1/56,74/110)

D (60,07/65,39/54,38/147)

E (59,87/64,7/56,7/150)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las plazas de mayor dificultad A y B son las que obtienen un puntaje promedio más elevado y las primeras en agotarse son las plazas de dificultad A y E. Además, la región que primero agota sus plazas es la de Los Ríos.

ESPECIALIDADES MEDICAS OFRECIDAS EN EL CONCURSO DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CON LOS PUNTAJES MÁS ALTOS.

Autores y tutores: Ignacio Guiñez¹, Lukas Dabovich¹, Sofia Hofmann¹, Daniela Moller¹, Marion Plaza¹, Francys Andrade²

1. Estudiante de Medicina, Universidad autónoma de Chile, Providencia, Chile.

2. Médico Cirujano, CECOSF Salvador Allende, San Joaquín, Chile.

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de obtener un cupo para formación de especialidad primaria, en el Concurso de Ingreso al Sistema Nacional de Salud (CONISS), es variable, según el puntaje de postulación y la beca deseada. El conocer cuáles son las becas que se toman primero y cuales requieren un puntaje mayor, entrega una herramienta de utilidad, previo al concurso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio bibliométrico descriptivo del concurso de ingreso al sistema nacional de salud (CONISS) del año 2019. Se cruza la información de los documentos “Resultado cupos CONISS” y “Listado de puntaje provisorio con reposición” mediante el nombre del postulante. Se obtiene una base de datos con las siguientes variables: nombre y apellidos, especialidad, universidad y puntaje total.

RESULTADOS

De un total de 30 especialidades médicas ofrecidas en el CONISS, hay 8 que destacan por tener un puntaje total promedio mayor a las demás. Estas especialidades son: Dermatología, Oftalmología, Inmunología, Urología, Otorrinolaringología, Cirugía Pediátrica, Neurología adulto, Traumatología y Ortopedia. Los resultados se ordenarán según especialidad, número de becas tomadas, puntaje total promedio (PTP), puntaje máximo (PM) y puntaje mínimo (Pm) quedando dispuesto: (NB/PTP/PM/Pm).

Dermatología 8/65,55/67,08/64,08

Oftalmología 7/64,73/65,13/64,42

Inmunología 1/64,24/64,24/64,24

Urología 6/63,97/65,57/63

Otorrinolaringología 7/63,91/65,04/62,39

Cirugía Pediátrica 8/61,89/64,6/58,97

Neurología Adulto 11/61,57/65,57/53,02

Traumatología y Ortopedia
22/61,39/64,86/52,6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

De acuerdo con los puntajes mínimos, las especialidades que agotan primero sus cupos son oftalmología, seguida por inmunología, dermatología, urología y otorrinolaringología. A su vez, son especialidades con una menor oferta.

Las especialidades que concentraron los mayores puntajes fueron dermatología, urología con igual puntaje a neurología adulto y oftalmología.

Las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, pediatría y obstetricia y ginecología concentran puntajes promedios de ingreso menor a 60, pero son las que más cupos ofertan.

CONCURRO NACIONAL DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN UNIVERSIDAD Y PUNTAJE

Autores y tutores: Ignacio Guíñez¹, Lukas Dabovich¹, Pablo Herrera¹, Matías Piñeiro¹, Marion Plaza¹, Francys Andrade²

1. Estudiante de Medicina, Universidad autónoma de Chile, Providencia, Chile.

2. Médico Cirujano, CECOSF Salvador Allende, San Joaquín, Chile.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la principal vía de especialización primaria en Chile, para los médicos egresados en los dos últimos años, es el Concurso Nacional de Ingreso al Sistema Nacional de Servicio de Salud CONISS, mediante el cual se opta a una beca primaria de especialidad. Dentro de este, existe la opción de plazas para el desarrollo de la Etapa de Destinación y Formación urbano o rural EDF.

Resulta relevante y útil para el médico recién egresado, disponer de un ranking de las universidades con las mayores ofertas de cupos de especialización tomando como referencia el año 2019, prepandémico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio bibliométrico descriptivo del Concurso de ingreso al sistema nacional de salud (CONISS) del año 2019. Se cruzó la información de los documentos “Resultado cupos CONISS” y “Listado de puntaje provisorio con reposición”, mediante el nombre del postulante. Se obtiene una base de datos, con las siguientes variables: nombre y apellidos, especialidad en la que obtuvo el cupo, universidad y puntaje total.

RESULTADOS

De un total de 579 becas disponibles, se tomaron 403.

Se expone los resultados de las primeras 5 universidades obtenidos. Los resultados por universidad, según números de becas tomadas (NB), el puntaje promedio (PTP), puntaje máximo (PM) y puntaje mínimo (Pm), quedando dispuesto: NB/PTP/PM/Pm.

Universidad de Chile: 122/62,1/65,93/52,43

Pontificia Universidad Católica de Chile:
45/61,42/67,08/51,64

Universidad de Valparaíso:
38/58,56/65,57/49,09

Universidad de Santiago:
34/59,27/65,31/52,61

Universidad de la Frontera:
33/59,01/64,77/51,60

Universidad de Concepción:
20/58,16/63,11/51,52

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El ranking de los 5 principales centros formadores, con cupos de especialidad tomados, de mayor a menor, fueron la Universidad de Chile, de la Pontificia Universidad Católica, de Valparaíso, de Santiago y de La Frontera. En este grupo, se adjudica el 82% de la oferta, mientras en el resto de las universidades, el porcentaje es inferior, de un 52%.

ANÁLISIS CRÍTICO DE UN TEMA: TOCÓLISIS DE MANTENCIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE PARTO PREMATURO.

Autores y tutores: Misraji Giordano Jael¹, Araya Guerra Bárbara¹, Ahumada Barrera Felipe¹, Bugueño Espinoza Sara¹, González Lagos Constanza¹, Glenda Rojas Francesca²

1. Interno (a) de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
2. Médico Cirujano, CESFAM Limache Viejo, Limache, Chile.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro (PP) es una de las principales causas de outcomes perinatales adversos. La principal utilidad que se les atribuye a los tocolíticos es otorgar el plazo de 48 horas para obtener el beneficio máximo de los corticoides antenatales. Sin embargo, posterior a estas 48 horas el riesgo del PP se mantiene elevado. Es sabido que la morbilidad perinatal es inversamente proporcional a la edad gestacional, por lo que prolongar el embarazo con tocolíticos de mantención podría mejorar los outcomes perinatales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para responder esta pregunta clínica se buscó en PubMed, Epistemonikos, Cochrane Library, los términos “Preterm Labor”, “Tocolysis”, “Maintenance”, “Perinatal” y “Neonatal”, obteniéndose 13 publicaciones.

Se eligió el estudio titulado “Nifedipine maintenance tocolysis and perinatal outcome: an individual participant data meta-analysis”, por ser una revisión sistemática y ser la que mejor responde la pregunta clínica.

Se evaluó la calidad del estudio utilizando la herramienta AMSTAR-2.

RESULTADOS

La revisión sistemática seleccionada incluyó 6 estudios clínicos aleatorizados en los cuales se comparó el uso de nifedipino versus placebo/ningún tratamiento en embarazadas de 24 y 36+7 semanas con síndrome de parto prematuro (SPP) posterior al esquema inicial de tocolisis y un ciclo completo de corticoterapia.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los

grupos de nifedipino y de control para la incidencia de outcomes perinatales adversos.

Al utilizar AMSTAR-2 se obtuvo 2 debilidades críticas y 2 debilidades no críticas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El estudio posee varias ventajas, como la adecuada estandarización de criterios de exclusión e inclusión, sin embargo, tiene debilidades metodológicas críticas que le atribuyen una confianza general críticamente baja.

Con respecto a la pregunta planteada la revisión sistemática logra responderla, la administración de corticoides de mantención con nifedipino no muestra una mejora significativa en outcomes perinatales

Finalmente, sería interesante investigar en nuevas medidas farmacológicas que beneficien a pacientes con SPP.

ANÁLISIS CRÍTICO DE UN TEMA: ESQUEMAS ANTIBIÓTICOS EN MUJERES CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRETÉRMINO.

Autores y tutores: Felipe Ahumada Barrera¹, Bárbara Araya Guerra¹, Jael Misraji Giordano¹, Sara Bugueño Espinoza¹, Constanza González Lagos¹, Javier Carvalho Maturana²

1. Interno (a) de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile
2. Médico Cirujano, CESFAM Quilpué, Quilpué, Chile

INTRODUCCIÓN

La prevalencia actual de rotura prematura de membranas (RPM) es de un 8-10%, de las cuales el 20% corresponde a rotura prematura de membrana pretérmino (PPROM).

La importancia radica, dado que, en Chile la prematuridad es la principal causa de morbimortalidad perinatal y un tercio de los partos prematuros (27%) son debido a PPRM. Además, infecciones potencialmente graves, como infección intra-amniótica, endometritis y septicemia, son complicaciones importantes en aproximadamente un tercio de las mujeres con PPRM. En la literatura existente está ampliamente avalado el uso de antibióticos (ATB) profilácticos, pero no existe evidencia sólida de la superioridad de uno por sobre otro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para responder esta pregunta clínica se buscó en PubMed, Epistemonikos, Cochrane Library, los términos, “Preterm Prelabor Rupture of Membranes”, “Prophylactic Antibiotics” y “Perinatal Outcome”, obteniéndose 12 publicaciones científicas.

Se eligió el estudio titulado “Effect on perinatal outcome of prophylactic antibiotics in PPRM” por ser una revisión sistemática actual y responder de mejor manera la pregunta clínica. Finalmente se evaluó el estudio utilizando la herramienta AMSTAR-2.

RESULTADOS

La revisión sistemática compara diferentes regímenes antibióticos, teniendo como outcome primarios muerte neonatal y corioamnionitis, y variados otros como secundarios. Evidenciándose que ninguno de los antibióticos era clara y consistentemente superior a los demás.

Al utilizar AMSTAR-2 para evaluar la calidad del estudio se obtuvo 2 debilidades críticas y 2 debilidades no críticas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La revisión sistemática posee variadas ventajas metodológicas, como lo es la inclusión de estudios primarios de buena calidad, sin embargo, tiene debilidades metodológicas críticas que en su conjunto les atribuyen una confianza general críticamente baja.

Finalmente logra responder la pregunta planteada, los antibióticos son más efectivos que placebo para reducir la tasa de corioamnionitis, sepsis neonatal, síndrome de distrés respiratorio agudo, hemorragia intraventricular y prolongación del embarazo. Sin embargo, ninguno de ellos es consistentemente superior en comparación con otros ATB.

ANÁLISIS CRÍTICO DE UN TEMA: CORTICOIDES ANTENATALES EN REDUCCIÓN DE MORBILIDAD NEONATAL EN CESÁREAS ELECTIVAS.

Autores y tutores: Araya Guerra Bárbara¹, Ahumada Barrera Felipe¹, Misraji Giordano Jael¹, Bugueño Espinoza Sara¹, González Lagos Constanza¹, Tobar Arancibia Francisco²

1. Interno (a) de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
2. Médico Cirujano, CESFAM Quilpué, Quilpué, Chile.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es factor de riesgo para complicaciones respiratorias perinatales, principalmente síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDR) y taquipnea transitoria neonatal (TTN).

Los neonatos nacidos por cesárea pueden presentar mayor morbilidad respiratoria, que aumenta aún más si nacen antes del inicio del trabajo de parto. Los corticoides reducen morbilidad respiratoria, gastrointestinal, neurológica, incidencia de sepsis y mortalidad neonatal en embarazos <34 semanas de gestación.

Esta revisión bibliográfica propone evaluar si los corticoides reducen la morbilidad respiratoria neonatal en embarazos de término con indicación de cesárea electiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se buscó en PubMed, Epistemonikos y Cochrane Library, los términos “elective term”, “cesarean section” y “corticosteroids”, obteniendo 44 publicaciones.

Se seleccionó “Corticosteroids for preventing neonatal respiratory morbidity after elective caesarean section at term” por ser la revisión sistemática más actualizada, por utilizar la mayor cantidad de estudios y poseer una mayor rigurosidad metodológica.

Se evaluó la calidad de la revisión con la herramienta AMSTAR-2.

RESULTADOS

El uso de corticoides se asoció con disminución del riesgo de SDR (RR=0.48 95% IC:0.27-0.87), TNN (RR=0.43 95% IC: 0.29-0.65) e ingreso a UCI neonatal por complicaciones respiratorias (RR=0.45 95% IC:0.22-0.90). La evaluación con AMSTAR-2 encontró un ítem crítico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La metodología fue rigurosa, sin embargo, dado el ítem crítico, con un bajo nivel de confianza. Este resultado es discutible, ya que no pudo realizarse el análisis de riesgo de sesgo de publicación por la cantidad de estudios. Si bien los resultados son llamativos y tentadores, se utilizaron sólo 4 estudios, de los cuales todos tenían moderado riesgo de sesgo y nivel de evidencia baja o muy baja.

La evidencia es prometedora, pero no se puede aplicar aún en la práctica debido a las limitaciones que presentan los estudios. Es necesario ahondar más en esta intervención, debido a que las cesáreas son cada vez más frecuentes.