

18 y 19 Noviembre



1^o DE CONGRESO DE URGENCIAS
ACEMUMT / TEMUCO 2016
ABORDAJE TERAPEUTICO PARA EL MEDICO GENERAL

LIBRO DE RESÚMENES

CASOS CLINICOS



INDICE

TITULO	PÁGINA
Presentación presidenta ACEMUMT	4
Presentación Directora Escuela de Medicina de Universidad Mayor sede Temuco	5
Presentación Directora Regional Académica de Universidad Mayor sede Temuco	6
Directiva congreso	7
Miembros colaboradores	8
Presentaciones orales	9
Ileo biliar como presentación de coleditiasis, reporte de caso	10
Endometriosis intestinal, a propósito de un caso.	11
Síndrome de Wallenberg, a propósito de un caso.	12
Atresia de las vías biliares como diagnóstico diferencial de quiste de colédoco en lactante, reporte de un caso.	13
Fibrosis quística en lactante menor, reporte de un caso.	14
Uso de activador tisular del plasminógeno (TPA) intrarterial en tromboembolismo pulmonar, reporte de caso.	15
Hidatidosis pulmonar complicada en la novena región. A propósito de un caso.	16
Infarto agudo al miocardio en paciente sin factores de riesgo, en contexto de una salmonelosis.	17
Pioderma gangrenoso en paciente con colitis ulcerosa.	18
Endocarditis infecciosa de velo anterior de válvula mitral resuelta quirúrgicamente, reporte de un caso.	19
Invaginación intestinal idiopática en el adulto, reporte de un caso.	20
Enfermedad de Fahr, entidad poco frecuente en neurología: a propósito de un caso.	21
Diagnóstico prenatal de riñón displásico multiquistico: reporte de un caso.	22
Esquizencefalia de labio abierto frontal izquierdo. Reporte de un caso.	23
Tetraparesia arrefléctica asimétrica como presentación de síndrome de Guillain-Barré atípico	24
Síndrome de Stevens – Johnson: presentación de un caso clínico.	25
Osificación heterotópica (OH) de cadera posterior a coma prolongado resuelto quirúrgicamente, reporte de un caso.	26
Tumor carcinoide apendicular: importancia de la biopsia en apendicectomías de urgencias.	27
Reporte de un caso: tratamiento de lesiones distales de dedos con apósitos semipermeables.	28
Hemangioma congénito rápidamente involutivo (RICH), a propósito de un caso.	29
Linfoma cutáneo de células T subtipo micosis fungoide hipopigmentada (MFH): reporte de un caso.	30



INDICE

TITULO	PÁGINA
Síndrome de Fryns; una entidad poco sospechada; a propósito de un caso	31
Parálisis vestibular bilateral por ototoxicidad por estreptomycin, descripción de un caso.	32
Carcinoma renal de células claras, presentación multiquistica.	33
Carcinoma de células renales múltiples en paciente con enfermedad de Von Hippel-Lindau.	34
Hidatidosis renal que simula carcinoma de células renales.	35
Colecistitis enfisematosa: un reto en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo.	36
Hombro hemorrágico: a propósito de un caso.	37
Hematocolpos: diagnóstico diferencial a considerar en adolescentes con dolor abdominal.	38
Atrofia multisistémica (AM): presentación de un caso.	39
Carcinoma sebáceo de presentación extraocular: reporte de un caso.	40
Otitis media aguda complicada, absceso de Bezold: presentación de un caso.	41
Absceso hepático múltiples. A propósito de un caso.	42
Angina de Ludwig en paciente adolescente post extracción dental: a propósito de un caso.	43
Quiste hidatídico hepático, hallazgo incidental: reporte de un caso.	44
Pseudoquiste de líquido cefalorraquídeo abdominal, reporte de un caso	45
Tuberculosis osteoarticular como diagnóstico diferencial de coxalgia inespecífica, a propósito de un caso.	46
Síndrome de Landau-Kleffner, reporte de un caso.	47
Quiste dermoide conjuntival, a propósito de un caso.	48
Neumotórax espontáneo v/s secundario post colecistectomía: a propósito de un caso.	49
Aurícula única, una forma rara de comunicación interauricular (CIA): reporte de caso.	50
Cáncer basocelular tipo nodular ungueal, reporte de un caso.	51
Accidente cerebrovascular (ACV) isquémico posterior a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), presentación de caso clínico.	52
Quiste hidatídico pulmonar gigante en hemitórax izquierdo en paciente joven: reporte de caso.	53
Debut de colitis ulcerosa como diagnóstico diferencial de colitis pseudomembranosa en paciente sin antecedentes mórbidos. Reporte de caso.	54
Patrocinadores	55



Presentación Presidenta ACEMUMT

« *Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber* »

Albert Einstein (1879-1955).

Luego de un largo andar, finalmente con la edición de éste libro de resúmenes estamos concluyendo el proceso de presentación de casos clínicos del “ I Congreso de Urgencias: Abordaje Terapéutico para el Médico General”.

Como equipo organizador estamos muy orgullosos de la realización de éste gran proyecto, que implicó reunir docentes de las diferentes aéreas, tanto médicas como quirúrgicas, de nuestra universidad, de la ciudad de Temuco e incluso docentes de fuera de la región.

Esperamos que haya sido de su agrado y sobretodo que haya dejado un grano de conocimiento en esta gran playa de arena que significa estudiar y trabajar en una carrera del área de la salud.

Finalmente no podemos dejar de agradecer a nuestra universidad, a la dirección regional, nuestra escuela, docentes colaboradores, nuestros auspiciadores y sobre todo a todos ustedes que participaron con su asistencia y exposición de casos clínicos. Un agradecimiento muy especial a todos los miembros colaboradores que entregaron tiempo valioso de su estudio y actividades personales, ya que sin todo lo anterior nada de esto hubiese sido posible.

Muchas gracias.

Constanza Catalán Ruiz
Presidenta ACEMUMT 2016



Presentación Directora escuela de Medicina de la Universidad Mayor de Temuco.

La Academia de Estudiantes de Medicina de la Universidad Mayor Temuco, por primera vez en su trayectoria asume el desafío de realizar un Congreso para Estudiantes de Medicina en esta Casa de Estudios, comprometiéndose de esta manera con el conocimiento y la investigación, uno de los cimientos en los cuales se sustenta la formación integral de un estudiante de medicina. La temática elegida dado su relevancia para el médico general que recién egresa, es el de “Urgencias, abordaje terapéutico”, con un sustancioso programa que abarca áreas de la Medicina interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia y Urología.

Sin lugar a dudas que la importancia de esta instancia, muy enriquecedora para los estudiantes, es el poder fortalecer el aprendizaje a través de ponencias de temas relevantes por su alta prevalencia, por parte de profesionales con experiencia clínica de la zona Sur, presentación de Reportes de Casos Clínicos, seleccionados por un Comité Científico, de interés por su singularidad, que aportan por su abordaje clínico y terapéutico y de la realización de talleres en nuestro Centro de Simulación Clínico, donde se hace posible poner en práctica y en tiempo real, parte de los aprendizajes de las ponencias.

Creo que otro gran atributo de este Congreso es el hecho de que a través de instancias como esta, se desarrolla y vigoriza la cultura de la investigación, que tiene una larga tradición en los estudiantes de medicina y que puede ir perfectamente de la mano de la actividad asistencial y por último y no menos importante es también una instancia de fortalecimiento de lazos entre los estudiantes de medicina del país.

Dra. Rossana Villalobos Castillo
Directora Escuela de Medicina
Universidad Mayor sede Temuco



Presentación Directora Regional Académica de la Universidad Mayor de Temuco.

Es muy gratificante ver como de la idea se pasa a la acción, ya que hace un tiempo se acercó tímidamente una academia científica, que tenía un sueño, pasar del curso de urgencia a la realización de un congreso para estudiantes de medicina. Es así como los he visto construir este congreso, pidiendo colaboración de profesores y de directivos, de empresas asociadas al rubro y principalmente motivando a sus compañeros y trabajando en equipo. Y lo lograron, con una muy buena organización, con una presentación personal que lo hacía distinguirse, con protocolos claros, con un comité de investigación de la escuela de medicina, con el apoyo incondicional de su directora y del cuerpo académico, con perseverancia y dedicación. Lograron el objetivo, el congreso fue un éxito, llegaron a la meta y construyeron historia para la escuela de medicina de la Universidad Mayor sede Temuco.

Sin duda, hay espacios de mejoras, de generar instancias de reflexión postcongreso donde aparecerán nuevas ideas y nuevas formas de realizar lo hecho. Esto es parte del proceso, parte de personas inquietas, como ustedes, la directiva a cargo del congreso, que requiere soñar y "hacer que las cosas pasen".

Para los estudiantes de la escuela de medicina, va un claro mensaje impulsor de movimiento, de que hay que atreverse y soñar en grande. Ustedes tienen el talento y la fuerza, para realizar lo que crean necesario. Efectivamente estudiar medicina, es un desafío mayor, por el modelo de actividades teóricas con actividades prácticas, con grandes volúmenes de contenidos, con desarrollo de habilidades, por grandes exigencias y grandes expectativas, con horas destinadas al estudio que siempre parecen y son insuficiente, pero también se requieren estos espacios de reunión, de creación, de construir confianza con los compañeros de curso, de hacer actividades extracadémicas, que algunas serán pequeñas y otras grandes, serán científicas o podrán ser solidarias, pero siempre debe haber un motivo para ser mas que un estudiante de medicina, siempre habrá espacios para mostrar sus valores, su esencia, su iniciativa, su creatividad y este impulso movilizador que en la juventud es donde está en su mejor momento.

Ustedes son el centro de la universidad, son nuestra razón de ser y por tanto siempre contarán con el apoyo incondicional de su querida escuela de medicina y de la dirección regional académica

Cuenten conmigo para continuar con esta historia y nuevos desafíos venideros

Felicitaciones por el congreso realizado

Dra. Patricia González

Directora Regional Académica

Universidad Mayor Sede Temuco



Directiva congreso

Constanza Catalán Ruiz

Directora general

Pedro de la Maza Cariola

Dirección casos clínicos

José Ceballos Valerio

Director talleres

Beatriz Machuca Vergara

Directora de programa

Camila Castillo Peña

Directora Logística



Colaboradores

Comité científico

Dra. Rossana Villalobos Castillo
Dr. José Callejas Rivero
Dr. Jorge Sanhueza Silva

Comisión casos clínicos

Yuri Mercado Martínez
Armin Palma Licandeo
Carmen Cruz Gallardo
Tamara Muñoz Hidalgo
Álvaro Tapia de la Fuente
Daniela Villaroel Mansilla
Natalia Soto Valdés
Carla Perlwitz Pareschi

Comisión de logística

David Espinoza Durán
Carlos Álvarez Brauning
Rodrigo Jaramillo Garrido
Claudio Catril Moncada

Comisión de evaluación oral

Dra. Rossana Villalobos Castillo
Dra. Patricia González Villaroel
Dr. Jorge Sanhueza Silva
Dr. José Callejas Rivero
Dra. Yesenia Valenzuela Vergara
Dr. Carlos Torrejón Vilalón
Dr. Adolfo Brea Andrade

Ayudantes talleres prácticos

Sebastián Correa Parra
Camila Aguilar Fuentealba
Nicolás Paredes Catalán
Bernardita Casanova Ordóñez
Karen Contreras Vega
Catalina Beltrán Vidal



PRESENTACIONES ORALES



ILEO BILIAR COMO PRESENTACIÓN DE COLELITIASIS, REPORTE DE CASO.

Milan Gudenschwager S.(1), María José Alegría P.(1), Valentina Barends K.(1), Dr. Martin Alanis A.(2)

1. Estudiante de Medicina

2. Médico Cirujano, Becado de Cirugía

Hospital Regional Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera, Temuco

INTRODUCCIÓN

El Íleo biliar es una obstrucción intestinal mecánica debida a la impactación de cálculos en el tracto gastrointestinal. Menos del 1% de los casos de obstrucción intestinal son derivados con esa etiología. La mortalidad asociada al ileo biliar fluctua entre 12% y 27%. Esta entidad tiene una presentación clínica inespecífica desde molestias intestinales a sepsis, y se da con mayor frecuencia en adultos mayores lo que dificulta más el diagnóstico. La liberación quirúrgica de la obstrucción gastrointestinal sigue siendo la medida terapéutica principal, a la espera de estudios más acabados respecto a otras técnicas.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 71 años, sin antecedentes de patología quirúrgica previa consulta en servicio de urgencia por cuadro de 3 días de dolor abdominal difuso tipo cólico mayor en hemiabdomen inferior de intensidad máxima asociado a náuseas y vómitos biliosos. Importante distensión abdominal. Se realiza ecografía que muestra vesícula distendida y una imagen ecorefringente en asa intestinal. A la tomografía de abdomen se observa hallazgo ecográfico. Se realiza laparotomía exploradora donde se realiza extracción de cálculo de 4 cm de diámetro en íleon a 1 metro de válvula ileocecal, por enterotomía sin necesidad de resección intestinal. Paciente evoluciona con buena respuesta clínica.

DISCUSION

El diagnóstico de íleo biliar como causa de obstrucción intestinal es excepcional, contando como menos del 1% de las obstrucciones mecánicas. Su tratamiento sigue siendo quirúrgico, pero se plantean técnicas como la litotripsia. En este caso se realizó manejo de urgencia adecuado con excelentes resultados hasta ahora.

PALABRAS CLAVES

Colelitiasis, Laparatomía, Obstrucción intestinal.



ENDOMETRIOSIS INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Claudia Daniela Ortiz V. (1), Soledad Ernestina Carrillo V. (1), Andreas Patricio Rubilar S. (1), María Paz Rivas V. (1), Claudio Cifuentes V. (2)

1. Interno de Medicina

2. Médico Cirujano, Cirujano General

Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro, Universidad Mayor, Temuco

INTRODUCCIÓN

Endometriosis es definida como presencia de focos de tejido endometrial en sitios extrauterinos; afecta 5-15% de mujeres en edad premenopáusica, con mayor incidencia en mujeres estériles e historia familiar (madres/hermanas riesgo es seis veces mayor). Endometriosis intestinal (EI) corresponde al 5% de casos de endometriosis, condición de difícil diagnóstico. Puede presentarse como dolor abdominal crónico, estreñimiento, diarrea, dolor rectal, sensación de masa palpable, hematoquezia y/o rectorragia.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina 50 años, antecedentes de dismenorrea, hipermenorrea y nuliparidad, consulta a urgencias por rectorragia de dos semanas de evolución, intensificándose en últimos dos días, asociado a compromiso del estado general. Ingresa en buenas condiciones, normotensa, mucosas pálidas, tacto rectal: sangre fresca escasa, resto examen físico normal; exámenes de laboratorio evidencian anemia ferropénica leve, se inicia sulfato ferroso y, de forma ambulatoria, se realizan estudios. TAC de abdomen y pelvis sin hallazgos, colonoscopia muestra tres placas de mucosa hiperplásica a 20 y 7 cm del margen anal, cuya biopsia evidencia mucosa de intestino grueso con infiltrado linfocitario de corion y cambios hiperplásicos en epitelio superficial, elementos compatibles con el diagnóstico de endometriosis. Se inicia terapia hormonal (medroxiprogesterona) permanente, evolucionando favorablemente, con disminución de sintomatología.

DISCUSIÓN

La EI tiene baja incidencia, siendo fundamental sospecharla en pacientes infértiles y con antecedentes familiares, para evitar complicaciones a largo plazo y mejor la calidad de vida. El tratamiento es tanto médico como quirúrgico. En nuestro caso el diagnóstico fue por descarte y se optó por tratamiento hormonal para evaluar su respuesta, siendo ésta satisfactoria.

PALABRAS CLAVES

Endometriosis, Infertilidad, Rectorragia



SÍNDROME DE WALLEBERG, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Soledad Ernestina Carrillo V (1), Claudia Daniela Ortiz V (1), María Elizabeth Salazar M (1), María Paz Rivas V (1), Nelson Vilches J (2)

1. Estudiante de Medicina
2. Médico Cirujano, Neurólogo

Hospital Doctor Mauricio Heyermann Torres de Angol, Universidad Mayor, Temuco.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Wallenberg o Infarto Bulbar Lateral es el síndrome vascular más frecuente de la circulación posterior. Genera signos neurológicos focales, que persisten más de 24 horas, los que incluyen síndrome de Horner, termoalgesia contralateral del brazo, tronco y pierna, hipoalgesia facial más paresia velopalatina ipsilateral y nistagmo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, 41 años, fumador ocasional, sin antecedentes mórbidos u otros factores de riesgo, inicia cefalea intensa de corta duración asociado a hemiparesia facial derecha y disfagia, con múltiples consultas en urgencia, acudiendo finalmente a neurólogo particular. Al examen físico destaca síndrome de Horner a izquierda, con hemihipoestesia faciobraquial derecha. Se hospitaliza como infarto bulbar en evolución. Se realiza resonancia magnética de cerebro con contraste que muestra lesión hiperintensa laterobulbar izquierda, sin imágenes de lesiones desmielinizantes. Se complementa estudio con pruebas serológicas (VIH, Sífilis) y anticuerpos negativos para ANA, ENA, ANCA, Anticardiolipina, Antifosfolipido y complemento c3-c4 normales. Paciente evoluciona favorablemente, con disminución progresiva de los síntomas gracias a terapia multidisciplinaria, siendo dado de alta a los 18 días con mejoría evidente.

DISCUSIÓN

Este síndrome es la manifestación de una isquemia por oclusión de la arteria cerebelosa posteroinferior o vertebral, generando lesiones en el bulbo raquídeo, presentando una tríada característica: síndrome de Horner, ataxia ipsilateral a la lesión y alteraciones sensitivas alternantes. Su diagnóstico es clínico y se confirma mediante resonancia magnética nuclear (Sensibilidad/Especificidad del 90%). La clínica del paciente coincidía con el síndrome, a pesar de no tener factores de riesgo, por lo que se pudo llegar al diagnóstico.

PALABRAS CLAVES

Infarto Cerebral, Isquemia, Disfagia



ATRESIA DE LA VÍAS BILIARES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE QUISTE DE COLÉDOCO EN LACTANTE, REPORTE DE UN CASO.

Alexander Roa B.(1) , Ximena Patricia Vidal V.(2), Francisco Javier Parada D.(2), María Constanza Roa B.(2), Dr. Vasco Sepúlveda J.(3)

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.
2. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
3. Médico Cirujano, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruíz, Los Ángeles
Complejo asistencial Víctor Ríos Ruiz, Universidad San Sebastián, Los Ángeles.

INTRODUCCIÓN

La atresia de vías biliares (AVB) es una colangiopatía obstructiva infrecuente (1/12.000 recién nacidos vivos), de etiología y patogénesis desconocida, principal causa de ictericia extrahepática y trasplante hepático en niños. Se presenta como ictericia colestásica neonatal tardía. Requiere diagnóstico y tratamiento precoz para evitar la disfunción hepática y progresión a cirrosis.

PRESENTACIÓN DE CASO

Lactante menor con diagnóstico ecográfico prenatal de quiste de colédoco, antecedente de madre G1P1A0, presenta cuadro de ictericia prolongado. Estudio ecográfico postnatal sugiere AVB con dilatación quística. Se realiza laparotomía exploradora con colangiografía intraoperatoria muestra quiste de colédoco sin paso de contraste a duodeno, vía biliar intrahepática de difícil visualización, vesícula hipoplásica, fibrosis portal y proliferación ductal compatible con daño hepático crónico por AVB extrahepática. Se reseca quiste y se realiza hepatoportoenterostomía de Kasai. Evoluciona con cuadro de colangitis al 8vo día postoperatorio, se inicia antibioticoterapia, con buena respuesta. Se mantiene controles semestrales durante 4 años, últimos exámenes muestran leve hiperbilirrubinemia con patrón obstructivo y trombocitopenia. Endoscopia Digestiva Alta evidencia várices esofágicas grado 1. Examen físico con signos de daño hepático crónico. Hoy paciente de 5 años, mantiene tratamiento médico multidisciplinario, en espera de posible trasplante hepático.

DISCUSIÓN

La AVB se debe tener presente ante un neonato con ictericia prolongada asociada o no a acolia y coluria. La cirugía de Kasai sigue siendo el gold standard de tratamiento. Su principal complicación es la colangitis que empeora el daño hepático. Estudios avalan que a pesar de restablecerse el flujo, un trasplante hepático podría mejorar el pronóstico

PALABRAS CLAVE

Malformación congénita, atresia biliar, quiste del colédoco



FIBROSIS QUÍSTICA EN LACTANTE MENOR, REPORTE DE UN CASO.

Alexander Roa B.(1), Francisco Javier Parada D.(2), Sebastián Vidal R.(2), Ximena Patricia Vidal V.(2), Vasco Sepúlveda J.(3)

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

2. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.

3. Médico Cirujano, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruíz, Los Ángeles.

Complejo asistencial Víctor Ríos Ruiz, Universidad San Sebastián, Los Ángeles.

INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva, multisistémica, cuya prevalencia en Chile se estima en 1 de cada 4000 recién nacidos (RN). En la mayoría de los pacientes el diagnóstico se sospecha por presencia de síntomas respiratorios y/o digestivos, La certificación diagnóstica se realiza a través de la medición de cloro en sudor.

PRESENTACIÓN DE CASO

Lactante menor, de 3 meses de edad, antecedentes de recién nacido de término, con lactancia materna exclusiva, en estudio por talla baja y bajo incremento ponderal sin causa, es referido desde consulta pediátrica por anemia y TSH elevada. Sin síntomas respiratorios y sin digestivos claros. Se decide hospitalización para estudio, sin resultados a pesar exámenes básicos. Se solicita nuevo set de exámenes, planteando como diagnóstico diferencial la FQ, se solicita Test de sudor, resultado 98 mmol/lit, positivo para FQ. Se decide inicio de tratamiento con enzima pancreáticas, suplementación láctea a 12 veces por día. Se realiza confirmación diagnóstica con coulometria en hospital de referencia. Control posterior en policlínico, paciente recupera velocidad de crecimiento, en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

La FQ es una enfermedad grave cuyo pronóstico depende de un diagnóstico y tratamiento precoces. Hay que tener en cuenta que su presentación clínica es variada, no estando siempre presentes desde un comienzo los síntomas clásicos de la enfermedad, por lo cual es de suma importancia la alta sospecha, existiendo hoy además una mayor disponibilidad del examen confirmatorio.

PALABRAS CLAVES

Fibrosis quística, defecto congénito, lactante.



USO DE ACTIVADOR TISULAR DEL PLASMINÓGENO (TPA) INTRARTERIAL EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, REPORTE DE CASO.

Marcela Otárola R. (1), Diego González C. (1), Cristian Riffo C. (1), Marcos Tapia A. (2)

1. Estudiante de Medicina

2. Médico Cirujano, Radiólogo Vasculare e Intervencionista

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Unidad de Radiología Vasculare e Intervencionista, Universidad de la Frontera, Temuco

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) representa una patología muy frecuente con una alta morbimortalidad. La angiotomografía computada (ATC) ha reemplazado a la angiografía pulmonar (AP) en el diagnóstico del TEP, sin embargo la AP ha recobrado valor en los últimos años debido a la realización de procedimientos percutáneos mínimamente invasivos.

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 18 años, sin antecedentes mórbidos, usuaria de anticonceptivos orales. Consultó en urgencias por cuadro de 24 horas de disnea leve y dolor en extremidad inferior derecha. Se solicitó Eco-doppler por sospecha de trombosis venosa en relación a fármacos, la cual demostró trombosis venosa ileofemoral con extensión hacia vena cava inferior. Dado el alto riesgo de TEP se realiza estudio con ATC demostrando trombos en ambas arterias pulmonares. Por riesgo de progresión clínica e hipertensión pulmonar secundaria se realiza angiografía pulmonar, trombolisis intraarterial con tPA y trombectomía percutánea logrando repermeabilizar ambas arterias pulmonares. Evolucionó favorablemente manteniéndose con tratamiento anticoagulante oral. El control a los 6 meses no evidencia trombosis venosa profunda ni hipertensión pulmonar.

DISCUSIÓN

El TEP se asocia a hipertensión pulmonar cuando su resolución es incompleta. El tratamiento habitual es la anticoagulación, siendo la trombolisis endovenosa reservada para casos con compromiso hemodinámico. La trombectomía y trombolisis intraarterial mediante AP representa una alternativa mínimamente invasiva con escasa morbilidad asociada.

Pese a que la ATC ha reemplazado a la AP en su rol diagnóstico, ésta última representa hoy en día una buena alternativa terapéutica permitiendo disminuir la mortalidad y evitar complicaciones a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Intrararterial, trombolisis, tromboembolismo pulmonar.



HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA EN LA NOVENA REGIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Luis Arratia T. (1), Camila Cifuentes C. (1), Paulina Bello R. (1), Nicolás Blanco G. (1), Laura Pacheco M. (2)

1. Interno(a) de Medicina

2. Médico Cirujano, EDF Hospital Nueva Imperial

Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Universidad de La Frontera, Nueva Imperial.

INTRODUCCIÓN

Hidatidosis, zoonosis por *Echinococcus* spp; Humano es hospedero accidental, alta incidencia, la Araucanía tiene altas tasas, mayor en zonas rurales. Localización pulmonar es segunda en frecuencia (Primero hepática). Complicaciones posibles fístulas bronquiales, siembra pleural, anafilaxia, abscesos, tránsito hepato torácico y morbimortalidad asociada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre 28 años, Sano, rural. Consultó en urgencias por un mes de tos con expectoración mucosa, fiebre intermitente nocturna, diaforesis, baja de peso, dolor pleurítico derecho. Recibió amoxicilina-Ácido Clavulánico inicialmente sin respuesta. Taquipneico, febril, murmullo pulmonar abolido a base derecha y matidez, aumento de parámetros inflamatorios, baciloscopia y hemocultivos negativos. Radiografía torácica derrame pleural inferior derecho. Se plantea empiema pleural efectuándose toracocentesis da salida de contenido quiste hidatídico. Posteriormente hemoptisis y rash macopapular en tronco y extremidades, pruriginoso autolimitado. Radiografía de control muestra imagen basal derecha, redondeada tipo Neumoperiquiste post Toracocentesis. TAC confirmó quiste hidatídico pulmonar único de 13x10 cm fistulizado. Se concluye Hidatidosis pulmonar Complicada.

Se inició tratamiento antibioticoterapia y Albendazol con favorable respuesta, en espera de Cirugía.

DISCUSIÓN

Enfermedad frecuente en Chile y Araucanía, el paciente presentó síntomas clásicos de localización pulmonar y antecedente de ruralidad, sin embargo se tomó como hipótesis diagnóstica origen bacteriano por lo que se realizó toracocentesis frustra con fistulización del quiste sumándose reacción alérgica post-ruptura (complicaciones iatrogénicas). Como en este caso es necesario sospecha, interpretación correcta de imágenes, estudio de otras localizaciones y definir plan adecuado. La educación sobre higiene es fundamental. Para concluir, es necesario búsqueda activa de Hidatidosis en nuestro medio para evitar complicaciones prevenibles y derivar oportunamente.

PALABRAS CLAVES

Hidatidosis pulmonar, Neumoperiquiste, Zoonosis



INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO, EN CONTEXTO DE UNA SALMONELOSIS.

Yuri Mercado M. (1), Paulina Leal R. (1), Francisco Correa A. (1), Armin Palma L. (1), Yuri Mercado V. (2)

1. Estudiante de Medicina

2. Médico Cirujano, Oftalmólogo

Clínica Alemana, Universidad Mayor, Temuco.

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST (IAM-SEST) se describe como angina inestable, sin elevación persistente del segmento ST y ascenso de enzimas cardíacas. Dentro de los factores de riesgo está fumar, IAM previo o familiares, Hemoglobina Glicosilada >7%, LDL >115 y Presión Arterial >140/90 mmHg.

El objetivo de este trabajo es exponer la presentación inusual de un caso, haciendo énfasis en el reconocimiento y toma de exámenes.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino 31 años sin antecedentes, ingresa 22/08 por cuadro gastrointestinal caracterizado por vómitos alimenticios, diarrea acuosa profusa 3 días de evolución y fiebre. Se le realizan exámenes destacando Coprocultivo(+) para Salmonella Grupo B, Leucocitosis, neutrófilos 87% e Insuficiencia Aguda Pre Renal. No se efectúan Hemocultivos.

El 25/08 presenta angina inestable persistente hasta 26/08, por lo que se toma Electrocardiograma (ECG) evidenciándose inversión de la onda T en derivadas aVL, V5 y V6 asociado a Troponina I Ultrasensible 3,42 (IAM-SEST antero lateral). Se le realiza Coronariografía para reperfusión.

DISCUSIÓN

IAM es la principal causa de muerte en la población masculina, aumentando su prevalencia con la edad. Salmonelosis es la infección por *Salmonella spp.* Se describen cuadros de embolizaciones sépticas a distancias, causando siembra en lugares distantes, dentro de ellos el corazón. Lamentablemente, no se logró esclarecer la etiología del IAM.

A modo de conclusión, hacemos hincapie en la realización de ECG a todo paciente con dolor torácico sin importar la edad ni factores de riesgo, especialmente si este está cursando con una Salmonelosis. Así mejoraremos la sobrevida de los pacientes.

PALABRAS CLAVES

Infarto Agudo Miocardio, Salmonelosis, Electrocardiograma.



PIODERMA GANGRENOSO EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA.

Sebastián Andrés Sanhueza V. (1), Hugo Nicolás Jaramillo M. (1), Rafael Leonardo Lobos U. (1), Fernanda Belén Jaque B. (1), Gastón Briceño R. (2)

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera.

2. Médico Cirujano, Dermatólogo, Servicio Dermatología Hospital Regional Hernán Henríquez Aravena. Académico Departamento de Especialidades Médicas, Universidad de La Frontera.

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera, Temuco

INTRODUCCIÓN

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica estéril, caracterizada por la presencia de pústulas eritematosas, rápidamente progresivas a úlceras necróticas con bordes violáceos. Es poco frecuente y de difícil reconocimiento para el médico general, siendo frecuentemente confundida con dermatosis infecciosas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años, con antecedente de Colitis Ulcerosa en tratamiento con Azatriopina autosuspendido y 3 hermanos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Presenta cuadro clínico de 14 días de evolución, caracterizado por lesión nodular dolorosa en región tibial anterior izquierda de 1,5 cm de diámetro, no fluctuante, que evoluciona con eritema, aumento de volumen, calor local y compromiso del estado general. Al 8° día se evidencian úlceras con bordes eritemato-violáceos y fondo necrótico en zona afectada. Se diagnóstica celulitis pierna izquierda. Persiste con cuadro clínico pese a 5 días de antibióticos, por lo que es derivada. Es evaluada en Urgencia del Hospital Regional por Dermatólogo evidenciándose lesiones descritas y exámenes de laboratorio normales y cultivos negativos. Se diagnóstica Pioderma Gangrenoso, iniciándose corticoides sistémicos. Paciente evoluciona con franca reepitelización.

DISCUSIÓN

De etiología desconocida, con asociación a enfermedades sistémicas (50-70%), principalmente EII.

El diagnóstico es eminentemente clínico. Se describen en exámenes un patrón inflamatorio (leucocitosis, PCR elevada) no presentes en el caso y cultivos negativos (herida, sanguíneos). El tratamiento es con corticoides sistémicos, utilizados en la paciente con buena respuesta.

El PG es una entidad a considerar por el médico general en servicios de urgencia, poniendo énfasis en su historia natural y su alta asociación con EII.

PALABRAS CLAVES

Pioderma Gangrenoso, Colitis Ulcerosa, Dermatitis



ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VELO ANTERIOR DE VALVULA MITRAL RESUELTA QUIRURGICAMENTE, REPORTE DE UN CASO.

Maricel Giselle Núñez N. (1), María Belén Arroyo C. (1), Claudia Paz Brito S. (1), Mackarena Beltrán A. (1), Rodrigo José Gómez S. (2)

1. Interna de Medicina

2. Médico Cirujano, Cardiólogo

Hospital Las Higueras de Talcahuano, Universidad de Concepción, Concepción

INTRODUCCION

Endocarditis Infecciosa (EI) es una infección endovascular microbiana que afecta la superficie endocárdica, particularmente válvulas. Requiere diagnóstico precoz por alta morbimortalidad. Agentes frecuentes son *Streptococos Viridans* y *Estafilococo Aureus*. Indicación quirúrgica son reflujo valvular severo, insuficiencia cardiaca aguda refractaria a tratamiento, infección no controlada, prevención embolía ante vegetaciones superiores a 10 milímetros, sin embargo es inhabitual, pues con diagnóstico oportuno el tratamiento médico es exitoso. Se expondrá caso poco frecuente de EI con indicación quirúrgica.

PRESENTACION DEL CASO

Hombre 57 años. Consulta por 1 mes de fiebre y síndrome constitutivo. Examen físico soplo sistólico mitral IV/VI. Se hospitaliza con diagnóstico EI, inicia tratamiento antibiótico empírico con Vancomicina y Ceftriaxona. Hemocultivos periféricos positivos para *Streptococos Viridans*, se cambia a Penicilina Sódica. Ecocardiograma Transesofágico; vegetación de 2 centímetros en velo anterior de la válvula mitral y severa insuficiencia mitral. Cardiocirugía resuelve quirúrgicamente, lesión de 0,9 por 2,7 centímetros, se implanta prótesis valvular con buena respuesta intraoperatoria. Postoperatorio evoluciona con hemiparesia faciobraquicrural izquierda. Scanner cerebral informa infarto isquémico arteria cerebral media derecha, manejo médico con antihipertensivos, antiagregantes plaquetarios, hipolipemiantes con efecto pleiotrópico, rehabilitación kinesiológica y fonoaudiológica, recuperación óptima.

DISCUSION

Endocarditis es poco frecuente, de difícil diagnóstico y alta mortalidad. Puede comprometer válvulas con reflujo severos, shock cardiogénico y ser fuente embólica. Caso expuesto con indicación quirúrgica por tamaño de vegetación e insuficiencia cardiaca severa. La complicación embólica con infarto cerebral es probable, como en el caso clínico. Como conclusión el diagnóstico precoz puede ser manejado medicamente evitando complicaciones propias y asociadas a la cirugía.

PALABRAS CLAVES

Endocarditis, Válvula mitral, *Streptococos Viridans*.



INVAGINACIÓN INTESTINAL IDIOPÁTICA EN EL ADULTO, REPORTE DE UN CASO

Milan Gudenschwager S. (1), Cristian Riffo C. (1), Marcela Otárola R. (1), Carola Vasquez L. (1), Andrés Troncoso T. (2),

1. Interno de Medicina

2. Cirujano General Adultos

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una afección infrecuente en el paciente adulto, representa 1 a 5% de los casos de obstrucción intestinal mecánica. Puede clasificarse según etiología en benigna, maligna e idiopática y según su ubicación en entero-entérica, entero-cólica y colo-cólica. En adultos, el dolor abdominal intermitente es la presentación clínica más frecuente pudiendo también presentarse como obstrucción intestinal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de género femenino de 70 años con antecedentes de histerectomía y colecistectomía. Consulta en el servicio de urgencias del hospital regional de Temuco por cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal difuso, de mayor intensidad en fosa iliaca izquierda (FII), asociado a 3 episodios de hematoquecia. Presenta al examen masa palpable en FII de aproximadamente 10 cm de diámetro. Se ingresa con diagnóstico de abdomen agudo y se complementa estudio con tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste endovenoso la que deja en evidencia a nivel del intestino un engrosamiento parietal del colon derecho con imágenes en diana, compatibles con invaginación intestinal. Se realiza cirugía de Hartmann, no logrando identificar durante el procedimiento la cabeza de invaginación. Evolucionó favorablemente por lo que se da de alta a domicilio a espera de reconstitución de tránsito.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de invaginación intestinal reviste un desafío para el clínico dado su baja incidencia y su presentación clínica inespecífica, por lo que requiere de un alto índice de sospecha. Este caso aporta nuevas experiencias en el diagnóstico y manejo de una patología poco común.

PALABRAS CLAVES:

Abdomen agudo, invaginación intestinal, obstrucción intestinal.



ENFERMEDAD DE FAHR, ENTIDAD POCO FRECUENTE EN NEUROLOGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pamela Gatica S. (1), María José Hernández SM. (1), Stephanie Graf G. (1), Paula Godoy S. (1), Nelson Vilches J. (2)
1. Interna de Medicina
2. Médico Cirujano, Neurólogo Adulto
Hospital Dr Mauricio Heyermann de Angol, Universidad Mayor, Temuco

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Fahr es un raro trastorno neurológico que se transmite de forma genética o puede ocurrir esporádicamente con una prevalencia de $<1 \times 1.000.000$ habitantes. Se caracteriza por calcificaciones bilaterales y simétricas, en los ganglios basales u otras áreas cerebrales, asociadas a trastornos neurológicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 76 años inicia gradualmente pérdida de memoria reciente, alteraciones visuoespaciales, alucinaciones auditivas y visuales de predominio nocturno en relación a fabulaciones con robo y ataques sexuales a hija. Se sospecha demencia por lo que se realizan exámenes generales que resultan normales y tomografía multicorte cerebral sin contraste que evidencia calcificaciones de núcleos basales y cerebelo compatibles con enfermedad de Fahr lo que se confirma con resonancia nuclear magnética cerebral. Se inicia manejo con antipsicóticos sin mejoría clínica. Posteriormente se cambia terapia con clonazepam evolucionando establemente con disminución de sintomatología. Actualmente paciente cursando cuarto año de enfermedad, observándose mantenimiento del cuadro.

DISCUSIÓN

Este caso tuvo una presentación típica. Es una enfermedad incurable y el tratamiento se basa principalmente en el alivio sintomático. Sin embargo, cierta evidencia sugiere que el diagnóstico y el tratamiento precoz pueden revertir el proceso de calcificación llevando a completar la recuperación de las funciones mentales. Concluimos que las imágenes y los exámenes de laboratorio son fundamentales para confirmar el diagnóstico y descartar otras entidades ya que las calcificaciones cerebrales simétricas incluyen múltiples etiologías, y es importante establecer si pertenecen a una entidad sistémica específica o son una manifestación de una enfermedad neurodegenerativa primaria, como la enfermedad de Fahr presentada.

PALABRAS CLAVES

Enfermedades de los ganglios basales, enfermedad de Fahr, calcificaciones.



DIAGNÓSTICO PRENATAL DE RIÑÓN DISPLÁSICO MULTIQUÍSTICO: REPORTE DE UN CASO.

María José Hernández SM. (1), Pamela Gatica S. (1), Paula Godoy S. (1), Stephanie Graf G. (1), Dr. Luis Muñoz F. (2)

1. Interna de Medicina,

2. Médico Cirujano, Pediatra

Hospital Dr Mauricio Heyermann de Angol, Universidad Mayor, Temuco.

INTRODUCCIÓN

El riñón displásico multiquístico (RDMQ), es una anomalía del desarrollo embrionario con una incidencia de 0,3 a 1 por cada 1.000 nacidos vivos, en la cual el parénquima renal está sustituido por tejido renal no funcionante constituido por numerosos quistes no comunicantes separados por tejido displásico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 29 años cursando embarazo de 22,3 semanas según fecha de última regla, se realiza ultrasonido obstétrico donde se visualiza embarazo único, sexo masculino, presentación podálica, movimientos fetales y latidos fetales positivos y placenta anterior grado 0. La ecografía morfológica evidencia riñón izquierdo aumentado de tamaño con múltiples imágenes quísticas de tamaño variable y riñón derecho normal, realizándose diagnóstico prenatal de riñón displásico multiquístico izquierdo que se confirma con ecografía renal postnatal y cintigrama renal estático a los 3 meses. Se decide realizar manejo conservador con seguimiento ecográfico en vez de realizar nefrectomía. Paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones a la fecha.

DISCUSIÓN

La evaluación ultrasonográfica prenatal es fundamental para la detección precoz del RDMQ. Aún existen discrepancias en su tratamiento. Se recomienda manejo conservador y seguimiento ecográfico seriado para controlar el crecimiento del riñón contralateral y la involución del riñón multiquístico. Su diagnóstico temprano permite predecir la probable evolución de la gestación y sus posibles complicaciones así como también su manejo perinatal. Concluimos que la conducta expectante debe ser la elección inicial, ya que la involución total del RDMQ se logra en la mayoría de los casos sin ningún tipo de complicaciones a largo plazo que justifiquen la nefrectomía.

PALABRAS CLAVES

Riñón displásico multiquístico, diagnóstico prenatal, ultrasonido.



ESQUIZENCEFALIA DE LABIO ABIERTO FRONTAL IZQUIERDO. REPORTE DE UN CASO.

Verónica Ceballos V. (1), Carla Ayala P. (1), Pablo Espinoza P. (1), Jaime Leñero N. (2), Carlos Ayala P. (3)

1. Internos de Medicina

2. Alumno Medicina,

3. Médico Cirujano

Universidad Mayor, Temuco; Hospital Base, Valdivia

INTRODUCCIÓN

La Esquizencefalia es un trastorno poco frecuente de la migración neuronal, prevalencia 1.5/100.000 habitantes. Caracterizándose por la presencia de hendiduras que atraviesan el hemisferio cerebral, pueden ser bilaterales o unilaterales, los labios pueden estar cerrados o abiertos. Se plantean 3 hipótesis etiológicas: Disgenética, isquémica y genética. Clínicamente, se caracteriza por la tríada típica: Trastorno motor, discapacidad intelectual, crisis convulsivas. La gravedad del trastorno motor se ve muy influenciada en función de la extensión, la apertura labial y la bilateralidad de la malformación.

La presentación de este caso tiene como objetivo reportar un diagnóstico de esquizoencefalia, ya que se sabe que es una patología poco común.

PRESENTACION DEL CASO

Escolar, 9 años, sin antecedentes familiares, prenatales ni postnatales patológicos. En el control de 1,5 años se objetiva alteración de la marcha, hipertonia derecha y disminución de la fuerza en extremidades derechas con nistagmus horizontal, es evaluado por neurólogo infantil, quien mediante TAC de cerebro diagnostica Esquizencefalia de labio abierto frontal izquierdo, por presentar discapacidad intelectual asociada, actualmente se encuentra en Teletón y escuela especial para control y estimulación.

DISCUSION

La esquizencefalia es un trastorno raro de la migración neuronal, dentro de su clínica presenta diversas discapacidades del desarrollo, las más frecuentes son crisis convulsivas y hemiparesia, el gold standar en el diagnóstico es la resonancia magnética. En cuanto al pronóstico, este dependerá del tamaño y localización de la hendidura, teniendo las grandes hendiduras retraso en el desarrollo, mientras que las pequeñas hendiduras, aunque pueden presentar hemiplejía, normalmente tienen capacidad intelectual normal.

PALABRAS CLAVE

Esquizencefalia, trastornos de migración neuronal, trastorno motor



TETRAPARESIA ARREFLÉCTICA ASIMÉTRICA COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ATÍPICO.

Alvaro Tapia de la F. (1), Daniela Morales H. (1), María Ignacia Molina C. (1), Juan Pablo Aqueveque A. (1), Miguel Chávez G. (2)

1. Interno/a de Medicina.
2. Médico Cirujano, Neurólogo. Hospital Augusto Riffart de Castro. Castro, Chile
Universidad Mayor, Temuco.
Hospital Dr Augusto Riffart, Castro.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una neuropatía periférica simétrica aguda, etiología generalmente infecciosa-inmunitaria y autolimitada. El objetivo es exponer un caso de SGB atípico, y describir el estudio etiológico.

PRESENTACIÓN DE CASO

Hombre de 25 años, alcohólico. Ingresa a Urgencia por psicosis aguda, con candidiasis orofaríngea y leucopenia (3.200). Por compromiso general, se hospitaliza. Estudio revela Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) seropositivo, con CD4 47 cel/uL y carga viral de 1593 copias/mL, líquido cefalorraquídeo (LCR) e Imagenología normales. Manejado con Lopinavir/Ritonavir y Zidovudina/Lamivudina. Evoluciona favorablemente. Tardíamente, consulta por tetraparesia arrefléctica asimétrica de predominio crural izquierdo, e hiperestesia distal. Con bioquímicos, inmunológicos, LCR e imagenología normales. Electromiografía revela Polineuropatía periférica sensitivo-motora axonal-desmielinizante severa. Por SGB atípico secundario a sospecha VIH versus reacción adversa a tratamiento antirretroviral (TARV), se maneja con Inmunoglobulina, y se cambia Zidovudina/Lamivudina a Tenofovir/Emtricitabina. Control revela CD4 55 y carga viral de 253. Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda severa por tetraparesia progresiva y neumonía, manejándose con ventilación mecánica invasiva y antibióticos. Evolución favorable, sin requerimientos ventilatorios, parámetros inflamatorios disminuyendo, y tetraparesia en regresión. Se traslada a sala.

DISCUSIÓN

Se concluye que la etiología de la enfermedad presentada orienta a una reacción adversa a medicamento – además de ser infrecuente – donde la literatura reporta polineuropatía periférica (PP) por Zidovudina/Lamivudina en un 10-12% y en Tenofovir/Emtricitabina un 3%, motivo del cambio. Sin embargo, el estudio debe descartar otras causas, incluyendo LCR: bioquímico, citológico, gram, baciloscopía, VDRL, Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) de Citomegalovirus, Mycobacterium tuberculosis y Virus Epstein-Barr. Además en sangre: VIH, PCR de HTLV-I/II, Toxoplasmosis, Chagas, HBsAg, Anti-VHC e inmunológicos.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Guillain-Barré, asimétrico, etiología



SÍNDROME DE STEVENS – JOHNSON: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Rafael Lobos U. (1), Hugo Jaramillo M. (1), Sebastián Sanhueza V. (1), Gastón Briceño (2)

1. Estudiante de Medicina

2. Médico Cirujano, Dermatólogo.

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera, Temuco

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stevens – Johnson (SSJ) es una variante severa de eritema polimorfo, causado generalmente por drogas, siendo prevalentes las sulfonamidas, anticonvulsivantes, antibióticos, dipirona y AINEs. Se caracteriza por un compromiso importante del estado general, fiebre prolongada con afección vascular, lesiones purpúricas, erosiones, ampollas y costras, con afección importante de mucosas, siendo potencialmente mortal sin un diagnóstico y tratamiento precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 29 años, sin historia de alergias medicamentosas. Consulta por cuadro de 6 días de evolución caracterizado por lesiones tipo diana que evolucionan a lesiones eritemato-ampollares pruriginosas que comprometen extremidades, tronco, cara, mucosa oral y genital, asociado a compromiso del estado general y sensación febril. Dirigidamente refiere uso de paracetamol e ibuprofeno 9 días previos al inicio del cuadro. Por sospecha de SSJ se decide hospitalización e inicio de corticoides sistémicos. Se toma biopsia que se informa como necrosis epidérmica extensa compatible con necrosis tóxica epidérmica/SSJ. Paciente evoluciona favorablemente, con disminución paulatina de sus lesiones, siendo dada de alta luego de una semana de hospitalización.

DISCUSIÓN

De diagnóstico eminentemente clínico, cobra importancia una anamnesis acabada en relación a medicamentos que el paciente acostumbra a tomar. El pilar fundamental del tratamiento es la suspensión de la droga que se considere productora, esté confirmada o no. En cuanto al empleo de corticoides sistémicos, no hay evidencia de que reduzcan la morbi-mortalidad.

El SSJ requiere de un alto nivel de sospecha, siendo una entidad a considerar según clínica compatible asociado al uso de medicamentos.

PALABRAS CLAVES

Stevens Johnson Syndrome, Erythema Multiforme, “Drug Eruptions.



OSIFICACION HETEROTOPICA (OH) DE CADERA POSTERIOR A COMA PROLONGADO RESUELTO QUIRURGICAMENTE, REPORTE DE UN CASO.

Maricel Giselle Núñez N. (1), María Belén Arroyo C. (1), Carla Angélica Muñoz M. (1), Claudia Paz Brito S. (1), Samuel Parra A. (2), Yocelin Saavedra B. (2)

1. Interna de Medicina

2. Traumatólogo (a) adulto

Hospital Traumatológico Concepción, Universidad de Concepción. Concepción.

INTRODUCCIÓN

OH es un proceso en que se produce hueso laminar ectópico articular. Etiopatogenia desconocida, asociada a trauma, quemaduras, cirugía mayor ortopédica y lesiones neurológicas. Incidencia OH neurológica es de 16 a 53%, afectando frecuentemente cadera. Síntomas varían según severidad y ubicación del crecimiento óseo. Sospechar con factores de riesgo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 40 años. Con historia de pancreatitis aguda severa, score Marshall 4, manejo en Unidad de Cuidados Intensivos en coma inducido por 3 meses, mala evolución por falla orgánica múltiple, traqueostomizada, con diabetes secundaria. Luego del coma presenta rigidez de cadera derecha, abducción y rotación externa. Radiografía de pelvis anteroposterior evidencia OH. Scanner de pelvis informa puente de OH coxofemoral anterior, uniendo acetábulo y fémur derecho a nivel de trocánter menor y anquilosis incipiente. Cirugía en conjunto con cirujano vascular sin incidentes. Biopsia comprueba OH. Cadera evoluciona con amplio rango de movimiento.

DISCUSIÓN

Etiopatogenia OH es desconocida, pero se asocia a factores como inmovilización prolongada, ventilación mecánica, traqueostomía e inflamación sistémica, presentes en el caso. Frente a sospecha diagnóstica en este contexto se debería indicar medidas preventivas como movilización pasiva e inhibidores de la cascada de formación de hueso ectópico como, antiinflamatorios no esteroidales y radioterapia, no realizados en la paciente. Al sospecharla, la radiografía simple basta para diagnosticarla. Precozmente son útiles prostaglandina E2 en orina y Cintigrama óseo. Con osificación establecida, la cirugía es efectiva, como en el caso clínico. En conclusión es importante la prevención frente a factores de riesgo para disminuir incidencia de OH.

PALABRAS CLAVES

Osificación Heterotópica, Pancreatitis aguda, Coma.



TUMOR CARCINOIDE APENDICULAR: IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA EN APENDICECTOMÍAS DE URGENCIA.

Marcelo Yáñez L (1), Bárbara Ortiz J (1), Nicolás Müller B (1), Paulina Arias H (1), Francisca González S (2)

1. Interno de Medicina

2. Médico cirujano, Cirujano General

Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres de Angol, Universidad Mayor, Temuco

INTRODUCCIÓN

Los tumores carcinoides intestinales se originan de las células endocrinas de la mucosa del tubo digestivo, llamadas células de Kulchitsky. El apéndice es la localización más frecuente de los tumores carcinoides intestinales, seguido por el íleon. Es más frecuente en mujeres, en la tercera y cuarta décadas. Estos tumores se encuentran, aproximadamente, en una de cada 300 apendicectomías, su detección preoperatoria es rara y es el tumor más común del apéndice.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina 32 años, monorrena derecha, cursando embarazo de 27 semanas, consultó por dolor abdominal en cuadrante inferior derecho de 1 día de evolución. Se realizó ecotomografía abdominal de urgencia que informó apendicitis aguda. Se realizó apendicectomía y la biopsia concluyó tumor carcinoide en tercio distal del apéndice cecal, con invasión subserosa, tamaño tumoral 5 mm de ejes mayores. En este caso, la apendicectomía fue el tratamiento definitivo para esta paciente, quedando libre de enfermedad, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

Los tumores apendiculares son infrecuentes y el carcinoide es el más frecuente, seguido por el de adenocarcinoma. La mayoría se diagnostica en el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria de pacientes intervenidos por apendicitis aguda. El pronóstico de los carcinoides es bueno, con altas tasas de sobrevida a 5 años, lo que se contrasta con los adenocarcinomas (60% a 5 años). Se concluye entonces, que estudio de la pieza operatoria, cumple un rol fundamental, ya que determina en algunos casos la necesidad de reintervenciones y en otros, puede comprometer la sobrevida, según el tipo histológico.

PALABRAS CLAVES

Tumor carcinoide, apendicectomía, biopsia.



REPORTE DE UN CASO: TRATAMIENTO DE LESIONES DISTALES DE DEDOS CON APÓSITOS SEMIPERMEABLES.

Nicolás Müller B.(1), Marcelo Yáñez L.(1), Paulina Arias H.(1), , Alberto Caballero E. (2)

1. Interno de Medicina

2. Médico Cirujano, Traumatólogo

Hospital Augusto Riffart de Castro, Universidad Mayor, Temuco

INTRODUCCIÓN

Las lesiones distales de dedos son la causa más frecuente de consulta de extremidad superior en urgencias, siendo causa importante de incapacidad laboral. Dentro de las opciones terapéuticas se encuentran los apósitos y la técnica quirúrgica. Los resultados con el manejo quirúrgico no siempre son los esperados, además representa un elevado costo, por lo que se decidió comenzar con nuevo procedimiento conservador con apósitos semipermeables.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 4 años, consulta en urgencias, tras sufrir corte con cuchillo en tercio distal de tercer dedo de mano derecha. Al examen físico, presentó pérdida parcial de pulpejo y tercio distal de la uña. Radiológicamente sin fractura ni compromiso articular. Se realizó curación y se aplicó apósito semipermeable. No se utilizó antibioticoterapia. Se indicó hacer uso completo de la mano, incluyendo el dedo afectado. Se controló cada 7 días, con cambio de apósito, logrando al cuarto control la curación completa del dedo.

DISCUSIÓN

El uso de apósitos semipermeables, permite la curación y regeneración en un corto tiempo, siendo eficiente y de menor costo. Para su indicación, se recomienda la clasificación PNB (Evans y Bernardis), teniendo indicación en lesiones menores o iguales a P6N7B7. El tiempo promedio para la cura completa es de 4 semanas, 2 semanas menos que con apósitos convencionales, con cambio de apósitos cada 7 días. Podemos concluir que esta técnica logra mejores resultados estéticos y funcionales, además requiere menos insumos, menos controles y es de menor duración en comparación con apósitos convencionales y técnica quirúrgica.

PALABRAS CLAVE

Amputación, apósito semipermeable, antibioticoterapia



HEMANGIOMA CONGÉNITO RÁPIDAMENTE INVOLUTIVO (RICH), A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paulina Leal R.(1), Iván Morales B.(1), Gabriela Motrán B.(1), Yuri Mercado M.(1), Miguel Lasalle O.(2)

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco
2. Médico Cirujano, Dermatólogo
Servicio de Dermatología, Hospital San José, Victoria

INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas congénitos corresponden al 1% de los tumores vasculares, dentro de ellos el RICH se caracteriza por estar completamente desarrollado al nacimiento e involucionar espontáneamente en un corto periodo de tiempo. Se presenta este caso dado a la baja incidencia de este tipo de hemangioma, con el objetivo de considerarlo como diagnóstico diferencial de otras malformaciones vasculares que pueden presentar complicaciones graves.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 13 días de vida, sin antecedentes de importancia, consulta en el servicio de dermatología por presentar desde el nacimiento un tumor vascular violáceo, solevantado, con múltiples telangiectasias, bordes regulares y nítidos de 3cm de diámetro aproximadamente en zona peri umbilical izquierda, que ha palidecido con el paso de los días. Se realiza ecografía doppler que muestra una masa vascular de alto flujo, bien delimitada y sin calcificaciones.

Como tratamiento se decide la observación en controles periódicos, donde se constata la involución rápida de la lesión sin complicaciones, confirmándose el diagnóstico de RICH.

DISCUSIÓN

Los RICH son lesiones tumorales vasculares benignas, que se encuentran totalmente desarrolladas al nacimiento. Si no presentan complicaciones su manejo es la observación. Por lo tanto, debido a su baja frecuencia, es importante diferenciarlos de otras lesiones vasculares por medio de ecografía doppler, RNM y exámenes de laboratorio. Dentro de los diagnósticos diferenciales que el clínico debe considerar se encuentran las malformaciones arterio-venosas, hemangioendotelioma kaposiforme y el hemangiosarcoma, lesiones que pueden presentar complicaciones de riesgo vital para el recién nacido como insuficiencia cardíaca, deformidad grave y síndrome de Kassabach-Merrit.

PALABRAS CLAVE

Hemangioma, tumor, congénito.



LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T SUBTIPO MICOSIS FUNGOIDE HIPOPIGMENTADA (MFH): REPORTE DE UN CASO.

Gabriela Motrán B. (1), Iván Morales B. (2), Juan Aqueveque A. (2), Daniela Palma C. (1), Miguel Lassalle O. (3)

1. Estudiante de medicina

2. Interno de medicina

3. Médico Cirujano, Dermatólogo.

Hospital San José de Victoria, Universidad Mayor, Temuco.

INTRODUCCIÓN

MFH es una variante rara del linfoma cutáneo de células T el cual a su vez, constituye un grupo poco común de linfoma no Hodgkin. Se describe como un subtipo juvenil de curso benigno de la micosis fungoide (MF) con predominio en pieles oscuras. Histopatológicamente se observa epidermotropismo y células T CD8+ generalmente más prominentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 7 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta al dermatólogo por presentar desde hace 3 años lesiones hipocrómicas descamativas distribuidas en tronco y extremidades incluyendo glúteos, siendo estudiada anteriormente por dermatitis alérgica y pitiriasis versicolor, con respuesta parcial a tratamiento con corticoides orales y antifúngicos. Se le solicita biopsia que se informa como MF. Se inicia tratamiento con fototerapia con UVB de banda estrecha durante 7 meses, logrando una regresión importante de las lesiones hipopigmentadas, con buen control posterior hasta la fecha.

DISCUSIÓN

Aunque la MF es una enfermedad que se da en pacientes adultos, el subtipo hipopigmentado se presenta con mayor frecuencia en edades tempranas. Al año 2010 existen apenas poco más de cien casos publicados, esto debido principalmente a su curso indolente y por ser subdiagnosticado al confundirse con patologías como las del caso expuesto. En consecuencia, se insta a sospechar esta patología al observar lesiones hipopigmentadas, con prurito de intensidad variable distribuidas en tronco, extremidades inferiores y especialmente en glúteos, en pacientes con respuesta tórpida a tratamientos previos, dado a su buena respuesta a fototerapia. La biopsia lesional resulta crucial para el diagnóstico.

PALABRAS CLAVES

Linfoma cutáneo de células T, Micosis fungoide, Fototerapia



SÍNDROME DE FRYNS; UNA ENTIDAD POCO SOSPECHADA; A PROPÓSITO DE UN CASO.

David Andrés Eriz G. (1), Lucas Leonardo Ortiz B. (1), Erik Igor Lara A. (1), Víctor Ignacio Leiva A. (1), Marcelo Maturana R. (2),

1. Interno de medicina

2. Pediatra

Hospital Clínico Regional de Concepción, Universidad de Concepción, Concepción.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Fryns es una entidad monogénica autosómica recesiva, cuya frecuencia se estima en 0,7 por 10.000 nacidos vivos. Su triada diagnóstica consiste en presencia de defecto diafragmático, dismorfismo craneofacial e hipoplasia digital distal. La poca cantidad de casos descritos en la literatura le confiere interés médico al presente caso clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Madre de 31 años cursando con embarazo de 38 semanas, con diagnóstico de hernia diafragmática congénita izquierda (HDCI) desde las 20 semanas, es derivada a genetista en Santiago desde Concepción donde se le realiza cesárea, ingresando a recién nacido a Unidad de Cuidados Intensivos en ventilación mecánica convencional. Radiografía de tórax confirma HDCI con ascenso de vísceras abdominales. Ecografía inguino-crural no visualiza testículos. Al examen físico destaca nariz ancha, orejas displásicas, micrognatia, hipertelorismo, manos con camptodactilia y uñas hipoplásicas, por lo que genetista realiza diagnóstico clínico de Síndrome de Fryns, determinándose que está fuera del alcance terapéutico. Actualmente está estable, con mínima sedación y ventilación mecánica convencional.

DISCUSIÓN

En este paciente se describieron varias dismorfias ya descritas, lo que concuerda con lo descrito en la literatura. El diagnóstico prenatal especialmente con ecografía precoz puede ser útil en la identificación de este síndrome, sin embargo en este paciente no hubo un diagnóstico previo al nacimiento. El pronóstico neurológico es sombrío, la gran mayoría de los individuos afectados son mortinatos o fallecen al inicio del período neonatal. En conclusión es un síndrome genético muy poco frecuente, con alta mortalidad perinatal y que precisa diagnóstico precoz para evitar el encarnizamiento terapéutico.

PALABRAS CLAVES

Enfermedades raras, hernia diafragmática, micrognatismo.



PARÁLISIS VESTIBULAR BILATERAL POR OTOTOXICIDAD POR ESTREPTOMICINA, DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Mauricio Velásquez C. (1), Blanca Arnaiz M (1), MariaJoseHernandez S (1), Paula Godoy C (1), Ana Maria Castilla S (2)

1. Interno de medicina
 2. Médico Cirujano, Otorrinolaringólogo
- Hospital San Jose Osorno. Universidad Mayor Temuco.

INTRODUCCIÓN

El síndrome vestibular es una entidad de etiopatogenia variable, donde diferenciar el origen central o periférico es crucial para el manejo. Los aminoglicósidos son una de las principales drogas ototóxicas, siendo éste efecto acumulativo y presentándose clínicamente como entidades dosis dependientes, agudas o de evolución paulatina.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino (68 años), con antecedente de tuberculosis pulmonar tratada a los 32 años, consulta por cuadro de 2 meses de inestabilidad de la marcha y episodios de mareos de intensidad y duración variables, asociados a vómitos. Se constata nistagmo horizontal bilateral reproducible y agotable; marcha estática alterada y Romberg positivo. Se realiza examen de octavo par, resultando audiometría normal y prueba calórica alterada bilateral. Se solicita resonancia nuclear magnética, resultando normal. Al recabar datos sobre tratamiento antituberculoso, se constata el uso de estreptomina en dosis elevadas (20 miligramos/kilogramos/día, en 2 dosis, por aproximadamente 4 semanas); diagnosticándose parálisis vestibular bilateral por ototoxicidad. Se indica rehabilitación kinésica de la marcha y tratamiento antivertiginoso con flunarizina (5 miligramos cada 12 horas), presentando evolución favorable a los 3 meses, disminuyendo síntomas y crisis vertiginosas.

DISCUSIÓN

Los aminoglucósidos pueden causar ototoxicidad que en ocasiones es irreversible. El daño vestibular se manifiesta frecuentemente de inicio gradual y bilateral, como ocurrió en éste caso; acompañado o no de compromiso coclear. Concluimos que es importante correlacionar las manifestaciones clínicas del síndrome vestibular con antecedentes de tratamientos farmacológicos previos, especialmente con fármacos reconocidos como ototóxicos, ya que pueden tener graves consecuencias en la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVES

Ototoxicidad por estreptomina, síndrome vestibular, aminoglucósidos.



CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS, PRESENTACIÓN MULTIQUÍSTICA.

Daniela Albornoz L.(1), Claudia Constanzo V.(2), Bryan Rogers S.(2), Joaquín Galarce L.(2), Juan Jerez S.(3),

1. Estudiante de Medicina.
2. Interno de Medicina.
3. Médico cirujano, residente de Urología.

Hospital Clínico Regional de Concepción, Universidad de Concepción, Concepción.

INTRODUCCIÓN

Los quistes renales aparecen en más del 50% de la población mayor de 50 años, y hasta 10% de los cánceres de células renales (CCR) se manifiestan como quistes complejos. La incidencia de carcinoma renal quístico corresponde al 1-4% de los CCR, presentándose entre los 20 y 76 años, siendo más frecuente en hombres con relación 3:1 con mujeres. Existen herramientas para predecir comportamiento de lesiones renales quísticas, como la clasificación de Bosniak. Sin embargo, el estudio imagenológico no garantiza diagnóstico.

PRESENTACIÓN DE CASO

Hombre de 41 años, procedente de zona rural, asintomático, con ecografía de rutina que evidenció lesión quística renal izquierda, Tomografía Axial Computarizada (TAC) confirmó lesión sugerente de quiste hidatídico. Se inició tratamiento antiparasitario. Test de Elisa resultó negativo para quiste hidatídico, planteándose carcinoma renal quístico y realizándose nefrectomía radical laparoscópica. Estudio histopatológico informó riñón izquierdo único multiquístico de 12,5x10x7,2 cm, con tumor sólido quístico en polo superior de 8,5x6 cm, Carcinoma de Células Claras (CCC), variante quística, Furhman III. Posterior a cirugía, paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El CCC representa al 80% de los CCR, siendo la variante quística infrecuente. El pronóstico es favorable, con escasos reportes de metástasis a distancia, incluso se cuestiona que sea realmente un carcinoma. En el caso presentado, tanto la edad, la ruralidad y TAC sugerente de quiste infeccioso dificultaron el diagnóstico. Por tanto, se sugiere mantener alto índice de sospecha de neoplasia en lesiones quísticas renales incidentales.

PALABRAS CLAVES

Neoplasias renales, quiste hidatídico, nefrectomía.



CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES MÚLTIPLE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU.

Gonzalo Grez J.(1), Claudia Constanzo V.(2), Roberto Alarcón V.(2), Bryan Rogers S.(2), Juan Jerez S.(3),

1. Estudiante de Medicina.

2. Interno de Medicina.

3. Médico Cirujano, residente de Urología.

Hospital Clínico Regional de Concepción, Universidad de Concepción, Concepción.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Von Hippel Lindau (EVHL) es un trastorno autosómico dominante predisponente a tumores benignos y malignos, incidencia de 1/36.000 nacidos vivos. El 20% se presenta como mutaciones de novo. En portadores de EVHL se describen lesiones del sistema nervioso central (SNC), pancreáticas, adrenales y renales, destacando los Carcinomas de células renales (CCR) presentes hasta un 65%. Se presenta caso de EVHL asociado a CCR.

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer que con 18 años se diagnosticó tumor de fosa posterior, manejándose con exéresis tumoral, biopsia concluyó hemangioblastoma cerebelar. Recidiva en dos oportunidades, realizándose a los 32 años Tomografía Axial Computarizada (TAC) cerebral que reveló múltiples nódulos en fosa posterior y médula espinal. Por sospecha de EVHL, se realizó TAC de abdomen y pelvis, informando páncreas poliquístico y múltiples formaciones quísticas renales asociadas a tumores renales izquierdos con características de CCR y un quiste renal derecho Bosniak IV. Se realizó nefrectomía radical izquierda. Biopsia evidenció riñón izquierdo de 11,7x7,5x7,2 cm con múltiples tumores amarillentos y hemorrágicos de borde expansivo de 0,2-4,7 cm concluyendo carcinoma de células claras múltiple y quistes renales simples. Paciente evolucionó favorablemente con manejo interdisciplinario.

DISCUSIÓN

Para evolución favorable en EVHL es primordial el diagnóstico oportuno, principalmente para tratar lesiones malignas como el CCR. La asociación tumoral múltiple de lesiones del SNC, pancreática o adrenal obliga el estudio dirigido hacia el riñón, tal como se presenta en el caso. Por tanto, en paciente con CCR y quistes viscerales múltiples, se debe sospechar EVHL para manejo interdisciplinario.

PALABRAS CLAVES

Enfermedad de von Hippel-Lindau, cáncer renal, hemangioblastoma.



HIDATIDOSIS RENAL QUE SIMULA CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES.

Roberto Alonso C.(1), Claudia Constanzo V.(2), Loreto Contreras E.(2), Joaquín Galarce L.(2), Juan Jerez S.(3),
1. Estudiante de Medicina.
2. Interno de Medicina.
3. Médico Cirujano, residente de Urología.
Hospital Clínico Regional de Concepción, Universidad de Concepción, Concepción.

INTRODUCCIÓN

El quiste hidatídico (QH) es originado por el parásito *Echinococcus granulosus*, ocurriendo principalmente en zonas endémicas o lugares con altas tasas de inmigración de zonas más afectadas. La localización renal se considera rara, ocurriendo en el 2-4% de los casos. Se han descrito casos donde inicialmente se diagnosticaba neoplasia maligna a causa de imágenes que demuestran quistes complejos o tumores sólidos, como el caso que se presenta a continuación.

PRESENTACIÓN DE CASO

Hombre de 70 años residente de comunidad rural del sur de Chile con antecedente de cáncer de próstata operado hace dos años, asintomático. Ecografía de control informó masa heterogénea en tercio medio de riñón izquierdo de 11,7x8,3x11,2 cm con escaso flujo doppler, compatible con carcinoma de células renales. Tomografía axial computarizada evidenció tumor renal izquierdo de 14x9 cm. Cintigrama óseo sin metástasis, realizándose nefrectomía radical izquierda. Histopatología demostró QH de 17 cm en polo superior y tercio medio de riñón izquierdo, iniciándose tratamiento con antiparasitarios. El paciente evolucionó favorablemente, con resolución completa de su patología

DISCUSIÓN

La imageneología clínica por sí sola difícilmente permite reconocer un quiste renal complejo de un QH, siendo este último imitador de neoplasias renales. En el caso presentado, la edad, el antecedente de neoplasia y la imageneología resultan sugerentes de neoplasia. Por tanto, en este tipo de lesiones renales se recomienda considerar la hidatidosis renal como diagnóstico diferencial en zonas endémicas, aun cuando la localización renal sea infrecuente, debido al impacto en el pronóstico del paciente.

PALABRAS CLAVES

Quiste hidatídico, neoplasias renales, ultrasonografía.



COLECISTITIS ENFISEMATOSA: UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO.

Karen Jara S. (1), Victor Jara F. (1), Marcela Muñoz U. (1), Macarena Gonzalez C. (1), Andres Troncoso T. (2),

1. Estudiante de Medicina

2. Médico especialista Cirugía Adulto

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera, Temuco.

INTRODUCCIÓN

La colecistitis enfisematosa (CE) corresponde a una presentación infrecuente de colecistitis aguda. Se caracteriza por presencia de gas en la pared, en la luz o ambas. Los pacientes afectados son en su mayoría hombres entre la quinta a séptima década de la vida, y un tercio tiene diabetes. Se asocia con una alta tasa de morbilidad y mortalidad.

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Paciente género femenino de 76 años, presenta cuadro de un día de dolor intenso en hemiabdomen superior, asociado a hiperemesis. Al ingreso destaca: taquicardia, hipotensión; al examen, abdomen sensible con rigidez muscular. En exámenes, leucopenia: 0,8 K/UI leucocitos, y elevación de enzimas pancreáticas (amilasa: 788 U/L, lipasa: 1015 U/L).

Se maneja como pancreatitis aguda grave: tratamiento de soporte más antibioterapia. Scanner de abdomen muestra neumoperitoneo y líquido libre, por lo que se realiza laparotomía exploradora, se describe abundante líquido libre bilioso purulento, vesícula biliar gangrenosa perforada que se extrae. Evoluciona grave, con falla orgánica múltiple, falleciendo al día siguiente.

DISCUSIÓN

CE puede presentar una clínica similar a una colecistitis no enfisematosa; a menudo evoluciona gravemente: en una revisión de 20 casos de CE, siete evolucionaron a perforación, nueve con absceso pericolecístico y tres con biliperitoneo (García-Sancho Tellez); por lo que es importante su sospecha, diagnóstico y manejo oportuno. La colecistectomía es el tratamiento de elección, asociada al uso de antibióticos. En el caso expuesto, se indicó oportunamente tratamiento antibiótico, no así el manejo quirúrgico, que se realizó cuando ya existía perforación, pues no se sospechó CE inicialmente, lo que pudo haber cambiado el desenlace.

PALABRAS CLAVES

Emphysematous Cholecystitis, Cholecystectomy, Pneumoperitoneum.



HOMBRO HEMORRÁGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paulina Urrutia S. (1), Diego Contreras S. (1), Sofía Contreras S. (1), Romina Novoa R. (1), Dr. Cristian Correa V. (2),
1. Estudiante de Medicina.
2. Médico Cirujano, Traumatólogo Adulto.
Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

INTRODUCCIÓN

La hemartrosis en hombro es infrecuente, causado por hombro de Milwaukee y coagulopatías secundarias. Ejemplo del último es el uso de anticoagulantes, siendo el Acenocumarol el más utilizado en Chile.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 69 años, antecedentes de fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca, usuario de desfibrilador en tratamiento con acenocumarol. Consulta por 2 semanas de omalgia derecha, aumento de volumen e impotencia funcional, con rápida intensificación del dolor. No refiere traumatismos. Al examinarlo destaca hombro derecho adducido, rotado internamente, y de mayor volumen. Rango de movimiento abolido en todos los planos. En exámenes de laboratorio destaca protrombina de 33% e INR de 2,42. Artrocentesis confirma presencia de sangre sin signos de infección. Se diagnostica hemartrosis glenohumeral derecha secundaria a anticoagulante, indicándose brace, analgesia y estudio ecográfico que muestra tendinopatía manguito rotador, sin indicación quirúrgica, iniciándose kinesioterapia con resultado óptimo. Luego de 6 meses presenta dolor crónico leve, sin recidivas. Cardiólogo decide no suspender anticoagulante por no corresponder a hemorragia severa.

DISCUSIÓN

En las causas de hemartrosis de hombro no se considera inicialmente rotura ligamentaria/tendínea ni fractura intraarticular a diferencia de hemartrosis de rodilla, por lo cual se deben pensar otras causas menos frecuentes, como en este caso que destacó un líquido hemorrágico, no inflamatorio, considerando como probable causa de hemartrosis a una complicación mayor del anticoagulante, definidas como aquellas que requieren atención médica o transfusión. Se debe considerar además factores que aumentan el riesgo de sangrado como: altas dosis, edad avanzada, insuficiencia renal y uso de otros fármacos que afectan hemostasis.

PALABRAS CLAVES

Hemartrosis, hombro, complicaciones.



HEMATOCOLPOS: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR EN ADOLESCENTES CON DOLOR ABDOMINAL.

Marcela Muñoz U. (1), Karen Jara S., Macarena Gonzalez C., Victor Jara F., Vanessa Ceballos C. (2),

1. Interno Medicina.

2. Medico residente cirugía infantil.

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

INTRODUCCIÓN

El hematocolpos constituye una patología poco prevalente, siendo el himen imperforado la causa más frecuente. Se caracteriza por la oclusión en la salida vaginal. El cuadro clínico del himen imperforado generalmente es asintomático, hasta la menarquia. Conforme ocurren los periodos menstruales se genera un hematómetra, o bien, un hematocolpos hasta ocasionar dolor pélvico intenso, distensión abdominal e incluso retención urinaria.

El tratamiento quirúrgico consiste en la himeneotomía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 11 años de sexo femenino con antecedente de ausencia de menarquia, consulta por cuadro de dolor abdominal. Al examen destaca dolor a la palpación en hipogastrio y caracteres sexuales correspondientes a Tanner 3. Ecografía abdominal muestra colección de 11 x 8,5 mm en el canal vaginal con nivel líquido y contenido con aspecto de hematoma. Compatible con hematocolpos en contexto de himen imperforado. En pabellón se confirma himen procidente y violáceo. Se realiza himeneotomía. Evoluciona en buenas condiciones con alta a las 48 hrs. post-operatorio.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal en niños y adolescentes es un motivo frecuente de consulta y es importante considerar las patologías ginecológicas en pacientes de sexo femenino dentro del diagnóstico diferencial. (Schneider K)

Si bien es posible detectar un himen procidente en recién nacidas es en la pubertad la época de la vida más frecuente para detectar un hematocolpos por imperforación de himen. donde el desarrollo normal de los caracteres sexuales coexiste con una amenorrea primaria.

Se debe poner especial énfasis en el diagnóstico temprano para prevenir las posibles secuelas tubéricas (Kushnir O.)

PALABRAS CLAVE

Hematocolpos, himen imperforado, himeneotomía.



ATROFIA MULTISISTÉMICA (AM): PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Daniela Albornoz L. (1), Loreto Contreras E. (2), Esteban Muñoz N. (1), Daniela Santana F. (2), Teresa Muñoz N. (3),

1. Alumno de Medicina.
2. Interno(a) de Medicina.
3. Residente Neurología.

Universidad Concepción, Concepción. Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

INTRODUCCIÓN

La AM es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva, de etiología desconocida. Tiene prevalencia de 4/100.000, más frecuente en la sexta década. Presenta disautonomía, síndrome parkinsoniano, síntomas cerebelosos y piramidales, clasificándose en tres variantes principales según síntoma predominante. El diagnóstico es clínico y el pronóstico desfavorable, con sobrevida de 6-9 años. El tratamiento es sintomático.

PRESENTACIÓN DE CASO

Hombre de 55 años, autovalente, con trastorno progresivo de marcha hace 2 años, caracterizado como descoordinación, posteriormente temblor de reposo y postural, asociado a rigidez de extremidades. Previamente había sido estudiado en extrasistema como síndrome piramidal difuso con electromiografía, Resonancia Magnética (RM) de columna, VDRL, Vitamina B12, virus linfotrópico de células T Humanas y punción lumbar, todos normales. Al examen físico destacaba temblor de reposo, postural, inestabilidad de marcha, alteración de reflejos posturales, bradikinesia e hiperrreflexia. Se asociaron episodios repetidos de síncope a la bipedestación y maniobras de valsalva. Se realizó RM cerebral, que informó signos de atrofia cerebelar difusa, en zona oligopontobulbar. Se diagnosticó AM y fue tratado con antiparkinsonianos y antidisautonómicos, evolucionando con remisión importante de sintomatología.

DISCUSIÓN

El enfrentamiento de síndrome parkinsoniano, constituye un desafío diagnóstico por los múltiples factores y etiologías (secundario, presentación atípica o entidades que lo simulen), descartándose en nuestro caso por exámenes. Se permitió diagnosticar AM por hallazgos imagenológicos más signos atáxicos, diferenciándolo de su variante con predominancia de parkinsonismo. Al ser infrecuente, es importante tenerle presente frente a un síndrome parkinsoniano atípico, para así diagnosticarla oportunamente e iniciar control sintomático, brindando una mejor calidad de vida al paciente.

PALABRAS CLAVES

Atrofia multisistémica, Trastornos Parkinsonianos, Temblor.



CARCINOMA SEBÁCEO DE PRESENTACIÓN EXTRAOCULAR: REPORTE DE UN CASO.

María José Pradenas Espinaza (1), Rodrigo Ahumada Zeidan (2), Bruno Hazleby Soto (2), , Dr. Patricio Vicuña Fernández (3),

1. Estudiante Medicina, Universidad Mayor, Temuco .
2. Interno Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción .
3. Médico Becario Cirugía Tercer Año, Universidad de Santiago de Chile. Hospital Regional de Rancagua, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma sebáceo es una neoplasia cutánea maligna rara, de etiología desconocida. Existen dos variedades clínicas; el Ocular (CSO) y Extraocular (CSEO), siendo la primera más frecuente, afectando principalmente párpado superior, de origen en glándulas sebáceas y con mayor capacidad metastásica, a diferencia del CSEO que es más infrecuente y de difícil diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se reporta caso de un paciente de 74 años, masculino, sin antecedentes mórbidos, que consulta por masa sólida en región cervical posterior de 10 meses de evolución, con aumento progresivo de volumen, indolora, de coloración violácea con centro ulcerado, de aproximadamente 10 cm, adherida a planos profundos. Se estudia con Ecotomografía, la cual muestra masa sólida vascularizada, por lo cual se profundiza con Tomografía Computada de Torax y Abdomen, que muestra masa sólida en región dorsal derecha, de 10,7 x 6,2 cm sin infiltración a tejido muscular subyacente, y con presencia de adenopatías axilares derechas. Posteriormente se realiza Biopsia incisional, la cual informa “Cáncer de tejido celular subcutáneo, tipo histológico Carcinoma Sebáceo”, por lo cual se decide reseccionar la lesión con disección ganglionar axilar derecha. El paciente evoluciona favorablemente, por lo cuál es dado de alta en espera de los resultados histológicos de la biopsia diferida.

DISCUSIÓN

Clásicamente, se han considerado dos grandes variedades clínicas de carcinoma sebáceo, el ocular, y el extraocular, este último suele originarse en personas de edad avanzada en la cara y el cuello por la mayor presencia de glándulas sebáceas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, con márgenes oncológicos y quimioterapia y/o radioterapia en enfermedad metastásica.

PALABRAS CLAVE

Carcinoma, Biopsia, Piel



OTITIS MEDIA AGUDA COMPLICADA, ABSCESO DE BEZOLD: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Romina Novoa R. (1), Paulina Urrutia S. (1), Diego Contreras S., Carola Vásquez L., Néstor Quitral D. (2), Sahba Sedaghat N. (3)

1. Estudiante de Medicina
2. Médico Cirujano, Residente Otorrinolaringología
3. Médico Cirujano. Otorrinolaringólogo.

Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción, Concepción. Universidad de La Frontera, Temuco.

INTRODUCCIÓN

Entre las complicaciones de la otitis media, las supuradas son las más frecuentes, entre ellas el absceso de Bezold. Consiste en una colección formada durante una mastoiditis al perforarse el vértice del mastoide propagándose entre el músculo esternocleidomastoideo (MECM) y digástrico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 23 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por otalgia derecha de 3 días de evolución, fiebre y otorrea, posteriormente disminuyendo el dolor. Recibe Amoxicilina, completando 7 días, con buena respuesta pero persistencia de otorrea. Vuelve a consultar por cuadro de 2 días de otorrea, otalgia derecha y dolor cervical ipsilateral, siendo derivada desde extrasistema a urgencia. Se inicia antibioterapia con Ceftriaxona y Metronidazol, realizándose TAC de cerebro, hueso temporal y cervical con contraste, que evidencia velamiento de oído medio y mastoides derecha, sin alistéresis y colección entre MECM y dorsal ancho. Al día siguiente se realiza cirugía urgente, drenando colección de 4cc y 2 colecciones pequeñas retroauriculares, incluyendo la mastoide. Evoluciona favorablemente sin otorrea, sin otalgia, con disminución de parámetros inflamatorios. Audiometría destaca hipoacusia moderada en oído derecho.

DISCUSIÓN

La presentación de un absceso de Bezold es infrecuente, a diferencia de la era preantibiótica, donde los abscesos alcanzaban un 20% y en hasta un 75% la dificultad diagnóstica aumentaba al no existir antecedente de otitis. La importancia del caso radica en tener un alto índice de sospecha a pesar de iniciada una terapia antibiótica, pues el cuadro puede ser inicialmente poco evidente y larvado, pudiendo esta no llegar al foco profundo de infección.

PALABRAS CLAVE

Otitis media supurativa, mastoiditis, absceso.



ABSCESOS HEPATICOS MULTIPLES. A PROPOSITO DE UN CASO.

Natalia Iturra R.(1), Camila Hernández C (1), Wilson Cortegana B.(2), Herman Viveros G.(3), Marina Cisneros P.(3).

1. Interna Séptimo año, Universidad Andrés Bello.

2. Interno Sexto año, Universidad de Chile.

3. Médico Cirujano.

Hospital Claudio Vicuña. Universidad Andrés Bello, San Antonio.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos hepáticos (AH) son infrecuentes, con incidencia aproximada de 0,022%. Son colecciones localizadas de pus a causa de un proceso infeccioso que destruye parénquima hepático, pueden ser únicos o múltiples. Presentan una mortalidad hasta de un 31%. Los factores de riesgo asociado para desarrollo de absceso hepático son diabetes mellitus, enfermedad pancreática o hepatobiliar, trasplante hepático, entre otros.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino 46 años, colecistectomizada hace 3 meses. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por vómitos, diarrea, baja de peso, peaks febriles de hasta 38.7°C, recurrentes y de predominio nocturno, acompañado de dolor en hipocondrio derecho, sensible a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal. Se decide realizar estudio, pesquisando parámetros inflamatorios elevados (proteína C reactiva 125, leucocitos 11.000) y tomografía de abdomen (TAC) que informa "lesiones focales hepáticas hipodensas, dilatación de la vía biliar". Se realiza diagnóstico de síndrome febril prolongado a causa de abscesos hepáticos múltiples. Se inicia tratamiento con Ceftriaxona – Metronidazol y se realiza drenaje quirúrgico. Cultivos realizados resultan polimicrobianos. Paciente evoluciona favorablemente luego de una semana, decidiéndose alta médica.

DISCUSIÓN

El examen de elección para el diagnóstico de AH es la TAC. La patología biliar es una importante causa de AH, especialmente si hubo instrumentalización de la vía biliar, otras causas son neoplasias gastrointestinales, trasplante hepático, pancreatitis, hepatitis, endocarditis, entre otras. Por la alta letalidad de los AH, es fundamental descartarlo con estudio de imágenes en sospecha de síndrome febril prolongado, como se realizó con la paciente.

PALABRAS CLAVES

Absceso, Absceso Hepático, Síndrome Febril Prolongado.



ANGINA DE LUDWIG EN PACIENTE ADOLESCENTE POST EXTRACCION DENTAL: A PROPOSITO DE UN CASO.

Natalia Iturra R.(1), Camila Hernández C.(1), Wilson Cortegana B.(2), Herman Viveros G.(3), Dra. Marina Cisneros P.(3).

1. Interna de séptimo año, Universidad Andrés Bello.
 2. Interno de sexto año, Universidad de Chile.
 3. Médico Cirujano.
- Hospital Claudio Vicuña, Universidad Andrés Bello, San Antonio.

INTRODUCCIÓN

La Angina de Ludwig es una celulitis rápidamente progresiva, el 90% se origina en un foco odontogénico. Compromete tejidos blandos de cuello y piso de la boca, a nivel de los espacios submaxilar, sublingual y submentoniano, provocando edematización de la lengua, obstrucción de la vía aérea y posible paro cardiorespiratorio. La población infantil es quien presenta la mayor cantidad de casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino 16 años, con extracción dental inferior izquierda reciente, ingresa al Servicio de Urgencias presentando fiebre de 38.7°C, aumento de volumen submentoniano indurado, disfagia, disfonía y trismus. Se pesquisan parámetros inflamatorios elevados (proteína C reactiva 175 mg/l, Leucocitos 16000 y procalcitonina 0.08 ng/ml). Se realiza tomografía computarizada (TAC) de cuello con contraste que informa “Colección abscedada del espacio submandibular izquierdo de 9x19 mm”. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona y Clindamicina, se hospitaliza y se realiza drenaje del piso de boca, dando salida a 50 cc de contenido purulento. Paciente evoluciona con mejoría clínica y de laboratorio, por lo que se realiza alta médica a los 7 días.

DISCUSIÓN

La Angina de Ludwig es potencialmente fatal debido a que puede generar rápidamente compromiso de la vía aérea, shock séptico o extensión de la infección al mediastino, por lo tanto, el diagnóstico oportuno es imperativo en la sobrevida del paciente. El TAC es el estudio imagenológico de elección, permitiendo confirmar el diagnóstico. El manejo consiste en soporte de vía aérea, erradicación de infección con antibioticoterapia y manejo quirúrgico; y manejo de las complicaciones.

PALABRAS CLAVES

Angina, Ludwig, Angina de Ludwig.



QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO, HALLAZGO INCIDENTAL: REPORTE DE UN CASO

Paulina Bello R.(1), Nicolás Blanco G.(1), Camila Cifuentes C.(1), Luis Arratia T.(1), Sebastián Martínez G. (2),

1. Interno Medicina, Universidad de la Frontera

2. Médico Cirujano

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco

INTRODUCCIÓN

La Hidatidosis es zoonosis, provocada por larvas de Echinococcus, con una incidencia de 3,14 casos por 100.000 habitantes en la IX región, ocupando sexto lugar a nivel país.

Localización más frecuente es hepática, seguida por pulmonar, ambas cerca del 90% de los casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre 26 años, trabajador agrícola de Chol Chol, sano. Consultó en Urgencia, por dolor en hemiabdomen derecho de 20 horas, inicio súbito. Refiere golpe en costado derecho reciente. Ingresa estable, resistencia muscular a la palpación en hemiabdomen derecho sin blumberg. Tomografía Computada (TC) muestra aumento volumen líquido a nivel lóbulo hepático derecho en relación a pared costal, sugerente hematoma subcapsular, por lo que ingresa. Se realiza manejo conservador, alta en 5 días.

En domicilio persiste dolor, por lo que consultó dos semanas después. TC control, aumento tamaño de hematoma, por lo que reingresa. Evoluciona febril, presentado a radiólogo, quién sugiere infección de colección, decidiéndose realizar drenaje percutáneo.

Se realiza punción hematoma, dando salida a líquido claro, seguido de membranas hidatídicas. Se realiza drenaje completo de quiste y aseo con alcohol.

Con diagnóstico de Quiste hidatídico hepático complicado, se deja drenaje y tratamiento con Albendazol por 3 ciclos de 30 días. Con buena evolución.

DISCUSIÓN

Hidatidosis es de frecuente diagnóstico incidental, como en este caso donde se pensó inicialmente en un hematoma hepático.

La resolución del cuadro fue atípica, pues no existe evidencia aún sobre uso drenaje percutáneo como tratamiento definitivo, por lo que el tratamiento de elección continúan siendo antihelmínticos y seguimiento.

PALABRAS CLAVES:

Hydatidosis, Hepatic hydatid cyst, percutaneous drainage.



PSEUDOQUISTE DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO ABDOMINAL, REPORTE DE UN CASO

Sebastián González G.(1), Julián Peña H.(1), Michelle Thibaut Q. (2), Francisco Cerda V.(2)

1. Interno Medicina.

2. Médico Cirujano.

Universidad San Sebastián, Concepción. Hospital Rafael Avaria Valenzuela, Curanilahue.

INTRODUCCIÓN

La terapia derivativa es el pilar del tratamiento de la hidrocefalia actual. El pseudoquiste de líquido cefalorraquídeo correspondiente a complicación obstructiva, infrecuente y de consecuencias potencialmente graves.

Se origina mediante un proceso inflamatorio de causa desconocida en el tejido circundante al extremo distal del dispositivo, generando la adherencia de tejidos, a la vez que se altera la permeabilidad mesotelial impidiendo la normal reabsorción de LCR.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 10 años, con antecedente de Hidrocefalia con Derivativa Ventrículo-Peritoneal (DVP), Parálisis Cerebral, Epilepsia, Gastrostomizado.

Consulta en servicio de urgencias por distensión abdominal progresivo, asociado a disfunción de gastrostomía. Al examen físico paciente poco reactivo, con importante distensión abdominal y matidez de hemiabdomen superior, sin signos peritoneales.

Se decide observación, solicitándose radiografía de abdomen con gran imagen radiopaca y desplazamiento de asas intestinales, con catéter de DVP en su interior. TAC de Cerebro y Abdomen revelan disfunción ventricular y pseudoquiste de LCR abdominal.

Ingresa a pabellón donde se realiza disección de asas y se aspiran aprox. 2000 ml de LCR de la cavidad abdominal (estudio negativo para infección concomitante). Se decide cambio a sistema de Derivativa Atrio-Ventricular, tras lo cual paciente evoluciona favorablemente, recuperando función de su derivativa, dándose de alta tras 2 semanas de hospitalización sin compromiso neurológico agregado a su condición basal, ni alteraciones del ámbito digestivo.

DISCUSIÓN

Es una complicación infrecuente cuya presentación clínica varía según grupo etario, primando síntomas abdominales secundarios a efecto de masa, y neurológicos secundarios a la hipertensión endocraneana. Es una urgencia neuroquirúrgica que debe ser manejada a la brevedad. En este caso su presentación clínica se caracteriza por sintomatología abdominal, siendo un hallazgo más bien orientado por imagenología. Se opta por modificar la terapia derivativa a un sistema atrio ventricular, con lo que se elimina por completo el riesgo de recidiva de esta complicación. La literatura avala esta conducta como alternativa, dada la alta probabilidad de recidiva si se opta por mantener el sistema peritoneal realizando solo una liberación de asas intestinales involucradas.

PALABRAS CLAVES

Pseudoquiste Líquido Cefalorraquídeo, Hidrocefalia, Neurocirugía.



TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COXALGIA INESPECÍFICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Diego Eduardo Contreras S (1), Sofía Aitana Contreras S (1), Nazira Gabriela Reyes S (1), Carola Vanessa Vásquez L(1), Dr. Hassan Erich Neumann S. (2), Dr. Pablo Andres Seguel S.(3)

1. Estudiante de medicina,
 2. Médico Cirujano, Residente Ortopedia y Traumatología,
 3. Médico Cirujano
- Hospital Hernan Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco

INTRODUCCIÓN

La incidencia de tuberculosis en Chile es 13/ 100.000 habitantes. Las formas extrapulmonares representan el 21,3% . La tuberculosis (TBC) osteoarticular alcanza un 35% de los casos de tuberculosis extrapulmonar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente 22 años colombiana. Hace 3 semanas presenta calofríos y fiebre, diagnosticándose amigdalitis aguda completando tratamiento con amoxicilina por 7 días, 2 semanas después inicia dolor en muslo y claudicación, recibe AINES, sin respuesta, por lo cual se hospitaliza. Examen físico: adenopatías cervicales bilaterales, 2 cm, sensibles y cadera derecha dolorosa a movilización y palpación. Hemograma con leucopenia, VHS 80, PCR 5 . RNM compatible con sinovitis séptica. Se realiza aseo articular, tomando muestras para cultivo y biopsia con búsqueda dirigida de TBC por PCR resultando positiva. Iniciando terapia antituberculosis con evolución favorable. Se realiza radiografía tórax mostrando pequeños nódulos pulmonares, posible focalización TBC. Queda con tetraterapia anti TBC y es dada de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La cadera es la segunda articulación más afectada luego de la columna en TBC extrapulmonar. La resonancia magnética es el Gold Standard diagnóstico, permite detectar edema, derrame y lesiones subcondrales. El estudio histológico y microbiológico sinovial es el pilar diagnóstico de TBC articular, que mejora utilizando nuevas técnicas moleculares como la PCR. Se recomienda quimioterapia estándar (cuatro drogas) con rehabilitación para la deambulacion precoz y tratamiento específico según la fase de la enfermedad. En nuestro paciente al momento de la artroscopia se realizó sinovectomía y debridamiento de fibrosis, inicio de quimioterapia, logrando marcha precoz, siendo dada de alta en buenas condiciones.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis, Tuberculosis Osteoarticular, Artritis infecciosa,



SÍNDROME DE LANDAU-KLEFFNER , REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Bezama O.(1), Rocío Martínez S.(1), María Cartes V.(1), Fernanda Vergara T.(1), Michelle Thibaut Q.(2).

1. Estudiante de Medicina.

2. Médico Cirujano.

Hospital San José de Coronel, Universidad San Sebastián, Concepción.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Landau-Kleffner o Afasia adquirida con Epilepsia es un síndrome epileptiforme raro de la infancia (0,2%). Caracterizado por afasia adquirida receptiva, electroencefalograma: descargas puntas y puntas-ondas focales que incrementan durante sueño, predominio masculino.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino 2 años 7 meses, eutrófico, desarrollo psicomotor adecuado; Consulta por hipotonía, fijación de mirada de 20 minutos recuperación lenta y parcial; disminución de expresión oral y comprensión del lenguaje oral, progresando a afasia de evocación en 72 hrs. Examen físico: hipotonía global, movimientos oculares divergentes, vagabundeo ocular, signos meníngeos (-). Exámenes: PCR 17, Punción lumbar normal, cultivo(-). Se inició Acanex-Aciclovir, suspendiéndose por PCR en LCR virus Herpes 1-2-3 (-), Citomegalovirus (-), Epstein-Barr (-), Enterovirus(-). TAC de cerebro sin contraste y RNM cerebro con gadolinio normales. Electroencefalografía: Actividad epileptiforme intersticial posterior derecha y posterior bilateral sincrónica, puntas y puntas ondas de gran amplitud repetitivas. Se diagnosticó Síndrome Landau-Kleffner. Indicándose carga de fenitoína y por horario, traslape a levetiracetam, kinesioterapia motora. Mejoría clínica progresiva de conciencia y comprensión del habla en 7 días, persistiendo disártrico de evocación leve y entonación débil.

DISCUSIÓN

Incidencia máxima del síndrome de Landau-Kleffner es entre los 5-7 años. El 50% de pacientes el primer síntoma es afasia, en niños con desarrollo psicomotor normal. Como conclusión la importancia en el diagnóstico precoz y el tratamiento con anticonvulsivantes, kinesioterapia, fonoterapia radica en que 2/3 de afectados permanecerán secueledos a pesar tratamiento multidisciplinario.

PALABRAS CLAVE:

Afasia, Epilepsia, Síndrome de Landau-Kleffner



QUISTE DERMOIDE CONJUNTIVAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Matias Aravena F.(1), Catalina Guajardo M.(1), Rosemarie Menke Z.(1), Mario Pellón A.(2),

1. Interno de Medicina

2. Médico Cirujano, Oftalmólogo

Hospital Clínico Universidad Mayor, Universidad Mayor, Temuco.

INTRODUCCIÓN

Los tumores orbitarios en niños son poco frecuentes, pero el quiste dermoide es el más común. Éstos se consideran una forma de teratoma quístico derivado del epitelio germinal embrionario. Se trata de un tipo de coristoma. Representan de 3 a 5 % de la patología congénita de la órbita y en un bajo porcentaje puede producir complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 1 año 2 meses, sin antecedentes mórbidos.

Derivada desde CESFAM con observación de pterigion, para evaluación por oftalmología. Su madre refiere haberse percatado hace 3 meses de las lesiones.

Éstas son de color rosado, bien delimitadas de aproximadamente 5mm, se encuentran en la comisura lateral de ambos ojos, se hacen evidentes a los movimientos de aducción de la mirada, indoloras, sin alteración de la visión. Madre refiere que no han aumentado de tamaño, ni ha cambiado su morfología. Se diagnostica en esa oportunidad quiste dermoide conjuntival bilateral y se mantiene conducta expectante.

DISCUSIÓN

Los quistes dermoides son algunos de los tumores más frecuentes en la infancia, formados por inclusiones epidérmicas debidas al cierre defectuoso de las hendiduras faciales embrionarias. La presentación más frecuente es en cuadrante superotemporal de la órbita, adyacentes a sutura frontocigomática.

La clínica varía entre proptosis, diplopía, restricción de los movimientos oculares, o tumoración. El curso de esta enfermedad es benigno aunque progresivo, no existiendo hasta el momento un tratamiento definitivo.

Los quistes dermoides son algunos de los tumores pediátricos más frecuentes, es de suma importancia hacer un diagnóstico certero para evitar posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Quiste Dermoide, Coristoma, Pterigion.



NEUMOTORAX ESPONTANEO V/S SECUNDARIO POST COLECISTECTOMIA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Amador Montero R.(1), Raúl Calderón O.(1), Felipe González Q.(1), José Gajardo C(1), Claudio Cifuentes V.(2).

1 Interno Medicina, séptimo año.

2 Médico especialista en cirugía.

Hospital castro, Universidad Mayor.

INTRODUCCIÓN

Se define como la presencia de aire en el espacio pleural sin etiología identificable, que ocasiona un colapso del pulmón afectado dependiente de la cantidad de aire que ingrese. El neumotórax espontáneo se ve en 16,8/100.000 habitantes año, siendo más frecuente en hombres y teniendo relación directa con el consumo de tabaco y se cree que hasta un 10% de los casos no se diagnostican por ser oligosintomáticos. La clínica es variable dependiendo del colapso pulmonar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino 54 años, hipertensa, dislipidémica, con diagnóstico de coledocistitis y tabaquismo crónico. Ingresa para colecistectomía laparoscópica sin complicaciones, durante la recuperación paciente presenta alteraciones ventilatorias por lo que se toma radiografía de tórax mostrando pequeño neumotórax manteniéndose en observación, a las 2 horas con mayor sintomatología necesitando uso de oxígeno por lo cual se realiza un TAC el cual muestra neumotórax masivo derecho, por lo que es reintervenido mediante pleurostomía. Paciente evoluciona favorablemente con radiografías y TAC que mostraron buena re-expansión pulmonar sin encontrar etiología.

DISCUSIÓN

El neumotórax espontáneo es una patología a tener presente en todo ámbito hospitalario ya que su manejo varía desde expectante hasta medidas quirúrgicas, debido a la gran variedad de síntomas dependiente de la cuantía de este. En el caso de esta paciente el manejo fue el adecuado aun cuando se tuvo que llegar a la reintervención quirúrgica, dado que en primera instancia la clínica no era de un neumotórax masivo y se encontraba en un ambiente que permitía actuar al instante ante cualquier complicación.

PALABRAS CLAVES

Neumotórax, cirugía, espontáneo



AURÍCULA ÚNICA, UNA FORMA RARA DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR (CIA): REPORTE DE CASO

David Eriz G.(1), Patricia Palma C.(1), Andrés Eltit S.(1), Tamara Robles P.(2), Patricia Guerra P.(3).

1. Interno de Medicina.
 2. Estudiante de Medicina.
 3. Médico Cirujano, Pediatra.
- Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

Las CIA representan el 6% de las cardiopatías congénitas y se caracterizan por un defecto en el tabique que produce un cortocircuito izquierda-derecha. Dentro de las CIA, la aurícula única es un tipo poco frecuente caracterizada por la ausencia del tabique interauricular, presentan flujo derecha-izquierda, sintomatología precoz y necesidad de tratamiento quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante femenino de un año con antecedentes de embarazo de término, bien controlado, adecuada para la edad gestacional y reiteradas infecciones respiratorias bajas, sin antecedentes mórbidos familiares, es derivada a cardiología por pesquisa de soplo sistólico eyectivo con segundo ruido desdoblado en control sano del primer mes, además de fatiga, disnea y cianosis perioral intermitente, sin compromiso del desarrollo. Se realizó ecocardiografía a los tres meses en la que se describió CIA amplia sin cardiomegalia. En control con ecocardiografía a los diez meses se informó aurícula única, con mínimo reborde de 1.8mm, ventrículo derecho dilatado, septum paradojal y estenosis valvular pulmonar. Actualmente con adecuado desarrollo y episodios aislados de disnea, en tratamiento con diuréticos, IECA y sildenafil, esperando resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN

Existe escasa literatura sobre aurícula única, no está mencionada en la guía GES 2010 y sería importante incluirla considerando que existen diferencias con la CIA convencional. El uso de diuréticos y IECA sirve como tratamiento sintomático, lo fundamental es la resolución quirúrgica.

Dentro del control sano resulta muy importante el examen físico y derivar para ecocardiograma post natal a aquellos pacientes que presenten soplo a la auscultación y sintomatología asociada para poder realizar el diagnóstico definitivo.

PALABRAS CLAVE

Cardiopatía congénita, aurícula única, comunicación interauricular.



CÁNCER BASOCELULAR TIPO NODULAR UNGUEAL, REPORTE DE UN CASO.

Bárbara Ortiz J.(1), Nicolás Müller B.(1), Daniela Salazar S.(1), Marcelo Yañez L.(1), David Rioseco M.(2),

1. Interno de Medicina.

2. Cirujano.

Hospital Mauricio Heyermann Angol, Universidad Mayor, Temuco.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es el tipo más común de cáncer cutáneo en individuos caucásicos. Se origina en las células basales de la epidermis. Su aparición es más frecuente en las zonas expuestas del cuerpo, dada su conocida relación con la exposición prolongada a la radiación solar. Se considera un tumor maligno, localmente agresivo, destructivo. No existe literatura de cáncer basocelular de localización ungueal, he ahí la importancia de la sospecha diagnóstica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino 82 años con antecedentes de Hipertensión Arterial (HTA), derivado desde CESFAM por lesión ulcerada de 2 años de evolución en quinto orjejo pie izquierdo, que fue tratada con antibióticos y curación, con mala respuesta a tratamiento. Refiere onicectomía en 12 oportunidades. Se sospecha tumor ungueal y se decide realizar amputación de quinto orjejo por necrosis, evolucionando favorablemente sin necesidad de otro tratamiento. Acude a control con biopsia la cual muestra Carcinoma basocelular tipo nodular ungueal.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular representa la neoplasia cutánea más común. Su incidencia sigue en aumento. Aunque el carcinoma basocelular como necrosis en orjejo no es un diagnóstico frecuente en la práctica médica, esto no es impedimento para que no se haga este diagnóstico ante un paciente que sea portador de onicocriptosis y/o úlcera necrótica en pie que no mejore ante variadas terapéuticas. El tratamiento de elección es la biopsia excisional, que disminuye significativamente la posibilidad de recidiva, por lo que el pronóstico es bueno. La enfermedad metastásica se observa pocas veces en el carcinoma basocelular.

PALABRAS CLAVES

Carcinoma, Basocelular, Ungueal, onicectomía.



ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) ISQUÉMICO POSTERIOR A ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP). PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Luciana Paredes R.(1), Katherine Illanes S.(1), Alberto Vejar M.(1), Camila Bustos C.(1), Miguel Feijoo P.(2),

1. Estudiante de medicina.

2. Médico Cirujano

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco

INTRODUCCIÓN

La ACTP es un procedimiento seguro y efectivo para el manejo de eventos coronarios agudos. Las complicaciones mayores son infrecuentes, incluyendo muerte, infarto miocárdico, accidente cerebrovascular (ACV) entre otros, este último reportando una incidencia menor al 0.2%.

PRESENTACIÓN DE CASO

Varón, 46 años. Antecedente de dislipidemia, tabaquismo, glicemia alterada en ayunas, sin tratamiento farmacológico.

Presentó cuadro anginoso típico intermitente.

Consultó en servicio de urgencias al cabo de cinco días por intensificación del cuadro. Electrocardiograma con T (-) en pared anterior, sin desnivel de ST. Troponina I al ingreso 7333 pg/mL.

Se realizó coronariografía de urgencia que evidenció oclusión aguda desde ostium de arteria coronaria derecha. Se realizó angioplastia con stent no medicado. Durante procedimiento presentó episodio de desorientación y agitación psicomotora con posterior hemianopsia, hemiplejía Facio-braquio-crural y hemihipoestesia izquierda. Se realizó TC de cerebro sin contraste que reveló imagen hiperdensa en arteria cerebral media derecha, sin evidencia de hemorragia. Se realizó trombolisis endovenosa con Alteplasa 76,5 mg endovenosos, con posterior recuperación parcial de déficit motor. TC cerebro de control compatible con infarto isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha. Evoluciona favorablemente, de alta a los 7 días sin déficit neurológico.

DISCUSIÓN

El ACV posterior a cateterización cardíaca es una complicación infrecuente, sin embargo, dado el gran número de intervenciones que se realizan, el valor absoluto es significativo. Se describe una incidencia de 0,07% a 0,4%.

Dada la poca frecuencia de complicaciones mayores asociadas a ACTP el riesgo- beneficio frente a un evento cardíaco potencialmente fatal favorece realizar el procedimiento.

PALABRAS CLAVES

Accidente cerebrovascular, Angioplastia Transluminal Percutánea Coronaria, Infarto del miocardio



QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR GIGANTE EN HEMITÓRAX IZQUIERDO EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO.

Amador Montero R.(1), Raul Calderón O.(1), Blanca Arnaiz M.(1), Francisco Torrez H.(1), Cesar Cardenas M.(2)

1 Interno Medicina, 7º año.

2 Médico especialista en cirugía.

Hospital San José Victoria, Universidad Mayor Temuco.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una parasitosis producida por el género *Echinococcus*. La ubicación pulmonar es el 2º lugar más frecuente de presentación, con una incidencia del 30% aproximadamente. De las lesiones pulmonares hasta el 60% presenta hidatidosis hepática. La enfermedad cursa en la mayoría de los casos en forma silente, los primeros síntomas cuando comienza el quiste ejerce una acción compresiva, en el momento que se rompe o se infecta.

CASO CLÍNICO

Femenino de 20 años, sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de dolor opresivo en hemitórax izquierdo mayor a un año, asociado a tos y dificultad respiratoria. Ingresó afebril, hipertensa, oximetría pulso: 90%. Destacando disminución del murmullo pulmonar en todo el hemitórax izquierdo. Se solicitó radiografía de tórax, evidenciando velamiento de todo el campo pulmonar izquierdo. Tomografía axial presenta una lesión quística pulmonar de 17x 14 cms, determinando disminución de volumen del lóbulo superior y llingula, desplazando el mediastino a derecha. Concordante con quiste hidatídico. Se hospitaliza para manejo con albendazol 400 mg c/12 hrs VO completando 9 días de tratamiento, la paciente es derivada al Hospital del Tórax para quistectomía.

DISCUSIÓN

El 80% de los pacientes tienen hasta un solo órgano involucrado y un quiste solitario localizado en el hígado o pulmones. La hidatidosis pulmonar no tratada puede llevar a rotura de los quistes al árbol bronquial o pleura y causar anafilaxia. Debido al tamaño del quiste y la compresión que realiza sobre el hemitórax izquierdo, asociado a compromiso respiratorio, la indicación quirúrgica inmediata para quistectomía, previo tratamiento con albendazol.

PALABRAS CLAVES

Hidatidosis, pulmón izquierdo, albendazol.



DEBUT DE COLITIS ULCEROSA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES MORBIDOS. REPORTE DE CASO.

Juan Pablo Aqueveque A (1), Ivan Douglas Morales B (1), Álvaro Tapia D (1), José Francisco Gajardo C (1), Paulina Renee Salgado U (2)

1. Interno medicina Universidad Mayor, Temuco.
2. Médico general, Inmunomedica, Universidad Mayor, Temuco

INTRODUCCIÓN

Clostridium difficile es una bacteria que causa colitis pseudomembranosa, infección que causa importante morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados, ésta raramente causa debut de colitis ulcerosa, la cual puede presentar síntomas y signos similares a la colitis pseudomembranosa.

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 23 años, sin antecedentes, consulta por dolor abdominal cólico, astenia, anorexia y diarrea con sangre de 1 semana, con antecedente de uso de Amoxicilina-ácido clavulánico hace 1 mes. Tras una semana de tratamiento con quinolona sin respuesta es reevaluada y hospitalizada. Se realizan exámenes que resultan normales. Se realiza colonoscopia que evidencia lesiones compatibles con pseudomembranas, junto a Toxina B para *Clostridium difficile* siendo positiva. Se inicia tratamiento con metronidazol con escasa respuesta sintomática y sin tolerancia oral, por lo que se decide cambio a vancomicina con mejor respuesta sintomática. Tras resultado de biopsia que muestra hallazgos compatibles con colitis ulcerosa, se inicia tratamiento con sulfasalazina obteniéndose buena respuesta sintomática, procediendo al alta tras completar terapia con vancomicina.

DISCUSIÓN

Dentro de los diagnósticos diferenciales de la colitis ulcerosa se encuentra la colitis pseudomembranosa, la que se debe descartar. Cuando se presenta colitis pseudomembranosa el tratamiento con antibióticos es la elección inicial, tras 72h se evalúa respuesta, debiendo pensar en resistencia antibiótica inicialmente y en otras etiologías, entre estas, las autoinmunes, en caso de estar presentes puede agravar el cuadro o producir complicaciones severas al cursar con inmunosupresión, tanto por su tratamiento o por su mismo cuadro clínico.

PALABRAS CLAVES

Colitis ulcerosa, Colitis pseudomembranosa, *Clostridium difficile*



Patrocinadores





LIBRO DE RESÚMENES