



# LIBRO DE RESÚMENES 2017



**CASOS CLINICOS**

## TÍTULO

## PÁGINA

|  |    |
|--|----|
| PRESENTACIÓN PRESIDENTE ACEMUMT.   | 04 |
| PRESENTACIÓN DIRECTOR DE CARRERA DR CALLEJA.   | 05 |
| ABSCEOS DE PSOAS Y EPIDURALES SECUNDARIO A TERAPIA NEURAL REPORTE DE CASO.   | 06 |
| ACIDOSIS LÁCTICA, COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DEL USO DE METFORMINA. REPORTE DE CASO.  | 07 |
| ANESTESIA OBSTÉTRICA EN PACIENTE CON CIRUGÍA DE ESCOLIOSIS PREVIA CON BARRAS SUBCUTÁNEAS. REPORTE DE CASO.                                   | 08 |
| CARACTERIZACIÓN BACTERIOLÓGICA EN INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PITRUFQUÉN 2016.                           | 09 |
| CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA RESPIRATORIO DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE PUERTO NATALES.                                   | 10 |
| CARACTERIZACION DE POBLACION PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE LA MUJER, CENTRO SALUD FAMILIAR PUERTO NATALES.                                    | 11 |
| CIRUGÍA RETROGRADA INTRARRENAL MEDIANTE URETERORRENOSCOPIO FLEXIBLE (URSF) CAMINO MINIMAMENTE INVASIVO PARA TRATAMIENTO DE CÁLCULOS RENALES. | 12 |
| CISTOADENOMA HEPÁTICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA. REPORTE DE CASO.   | 13 |
| COLITIS ULCEROSA (CU) CON INDEMNIDAD RECTAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO.  | 14 |
| CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA (CRE) COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA (PTT).                                 | 15 |
| DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE TUBERCULOSIS POR COMUNAS EN XIV REGIÓN ENTRE 2014 Y 2016.   | 16 |
| DESCRIPCION DE PACIENTES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO, CENTRO SALUD FAMILIAR PUERTO NATALES.                                 | 17 |
| DISQUINESIA CILIAR PRIMARIA (DCP) EN PREESCOLAR, REPORTE DE UN CASO.   | 18 |
| ESCARLATINA QUIRÚRGICA EN LACTANTE QUEMADO, A PROPÓSITO DE UN CASO.  | 19 |
| ESCLERITIS NECROTIZANTE BILATERAL REPORTE DE UN CASO.  | 20 |
| ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA, COMPLICACIONES EN ETAPAS AVANZADAS. REPORTE DE CASO.  | 21 |
| EVOLUCIÓN Y MANEJO DE HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR ROTO, SECUNDARIO A SÍNDROME DE HELLP.  | 22 |
| FRACTURA BILATERAL DE ACETÁBULO A PROPÓSITO DE UN CASO.  | 23 |
| HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, GORBEA (CHILE).                                       | 24 |
| HIDATIDOSIS HEPÁTICA Y RENAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.   | 25 |
| HIDROMETRA POSTMENOPAUSICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE QUISTE GIGANTE ANEXIAL REPORTE DE CASO.   | 26 |
| HIPOPITUITARISMO POST PARTO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.  | 27 |
| HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO URETERAL REPORTE DE UN CASO.  | 28 |
| INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA POR ACETANOMIFEN. A PROPÓSITO DE UN CASO.   | 29 |
| INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL POR HIDRONEFROSIS BILATERAL SEVERA EN PACIENTE JOVEN, A PROPÓSITO DE UN CASO.                                   | 30 |
| INVAGINACIÓN INTESTINAL IDIOPÁTICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.                           | 31 |

| TÍTULO   | PÁGINA |
|--|--------|
| LATROTECTISMO. REPORTE DE UN CASO.   | 32     |
| LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES. REPORTE DE CASO CLÍNICO.  | 33     |
| LUXACIÓN PERITALAR SIN FRACTURA. REPORTE DE UN CASO.   | 34     |
| MANEJO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN CUERO CABELLUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO.  | 35     |
| METASTASIS CEREBRAL SOLITARIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CÁNCER RENAL DE CÉLULAS CLARAS (CRCC).                             | 36     |
| MIELOMA MÚLTIPLE (MM) SINTOMÁTICO CON PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN PACIENTE JOVEN A PROPÓSITO DE UN CASO.                      | 37     |
| MIOCARDITIS POR VIRUS INFLUENZA A H1N1, CON PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO Y ECOCARDIOGRÁFICO DE MIOCARDIOPATÍA INFILTRATIVA.     | 38     |
| MIOSISTIS AGUDA BENIGNA DE LA INFANCIA UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE INFLUENZA TIPO B.                                       | 39     |
| NEURITIS ÓPTICA COMO MANIFESTACIÓN DE NEUROSÍFILIS EN ADULTO CON ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA POSITIVOS. PRESENTACIÓN DE CASO. | 40     |
| OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA CAUSADA POR TRICOBEOZAR GIGANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO A PROPÓSITO DE UN CASO.                            | 41     |
| PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIO A USO DE TIROSOL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BASEDOW-GRAVES.                                   | 42     |
| PERITONITIS SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO.   | 43     |
| PIODERMA GANGRENOSO A PROPOSITO DE UN CASO.  | 44     |
| PIODERMA GANGRENOSO ASOCIADA A COLITIS CRÓNICA A PROPÓSITO DE UN CASO.   | 45     |
| POLINEUROPATÍA AXONAL MOTORA COMO FORMA DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB) EN MUJER ADULTA. PRESENTACIÓN DE CASO.             | 46     |
| PORFIRIA HEREDITARIA A PROPÓSITO DE UN CASO.   | 47     |
| PUBERTAD PRECOZ COMO PRESENTACIÓN DE HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (HSC) EN PREESCOLAR, REPORTE DE UN CASO.                | 48     |
| REPORTE DE CASO PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE TORMENTA TIROIDEA (TT) Y CETOACIDOSIS DIABÉTICA (CAD).                              | 49     |
| SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (SAMS) COMO CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.                              | 50     |
| SÍNDROME DE CUSHING INDUCIDO POR DROGAS PREVENCIÓN Y SECUELAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.   | 51     |
| SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS. REPORTE DE UN CASO.   | 52     |
| SÍNDROME HEPATOPULMONAR (SHP) EN PACIENTE CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA (CBP) Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES).              | 53     |
| TROMBOSIS PORTAL COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOFILIA, REPORTE DE UN CASO.  | 54     |
| ZONOSIS EMERGENTE MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS SUIIS, REPORTE DE UN CASO.  | 55     |
| DIRECTIVA Y COMITÉ.  | 56     |
| PATROCINADORES.  | 57     |

## Presentación Presidente ACEMUMT:

Como academia científica, nuestro principal objetivo es promover la investigación, estudio y difusión de la ciencia, como también el realizar, organizar, patrocinar y/o auspiciar cursos, seminarios, jornadas, simposios, congresos y otras actividades, con el fin de actualizar, reforzar y potenciar áreas de carácter formativo. A través de los años, hemos ido creciendo como organización, obteniendo la capacidad de poder desarrollar múltiples eventos. Nos sentimos muy orgullosos de haber podido realizar nuestro 2° Congreso de Urgencias: Abordaje terapéutico para el médico general.

Ha sido un largo camino y arduo trabajo de parte del Directorio, Comité organizador, Comité científico y colaboradores, el poder llevar este proyecto a cabo. Por lo que, con la edición del Libro de resúmenes, damos por concluido el proceso de presentación tanto de Casos clínicos, como de Trabajos de Investigación.

Agradecemos profundamente el apoyo brindando, a nuestra universidad, a la dirección regional, a nuestra escuela de medicina, a los docentes colaboradores, nuestros auspiciadores, nuestros colaboradores.

Esperamos que haya sido de su agrado el haber participado de tal evento.

Muchas gracias.

José Alberto Ceballos Valerio  
Presidente ACEMUMT 2017

## Presentación Director carrera de medicina de la Universidad Mayor Temuco.

“En el II Congreso de Urgencias organizado por ACEMUMT en este año se desarrollaron exposiciones por parte de especialistas de la región, quienes abordaron temas de actualidad que requieren de la capacitación permanente para abordarlos de manera efectiva y oportuna en los servicios de emergencia. De igual manera, se presentaron diversidad de casos clínicos y trabajos de investigación que lograron enriquecer los temas tratados y fortalecer la investigación clínica en la región.

Por lo que esta actividad, sin lugar a dudas, está constituyendo en la región un sitio especial para el intercambio científico y académico organizado por y para los estudiantes y que busca promover el perfeccionamiento continuo, colaborar en el desempeño profesional y engrandar nuevos horizontes del saber entre los participantes de las diversas universidades que asisten.

Vaya mi agradecimiento a todo el equipo coordinador de la actividad por el esfuerzo realizado para llegar a un final exitoso, a nuestros distinguidos expositores que nos han puesto al día en las áreas del quehacer científico en emergencias y muy especialmente a los asistentes a esta actividad que son los que le dan vida y motivación a seguir adelante en este emprendimiento.

Dr. José Luis Calleja Rivero  
Director Carrea de Medicina  
Universidad Mayor Temuco

## ABSCESOS DE PSOAS Y EPIDURALES SECUNDARIO A TERAPIA NEURAL.

Soledad Alejandra Castillo R. (1), Mariana Sofía Yañez R. (1), Gabriela Paz Motrán B. (1), Daniela Villarroel M. (1), Dr. Juan Pablo Sotomayor H. (2)

1. Interno Medicina
  2. Medico Cirujano
- Hospital Augusto Riffart, Universidad Mayor, Castro

### INTRODUCCIÓN

Los abscesos epidurales son colecciones purulentas localizadas al interior del canal raquídeo, entre duramadre y columna vertebral. Patología poco frecuente, cuyo principal agente etiológico es *Staphylococcus aureus* (SA) mediante diseminación hematógena. Clínicamente es variable, siendo lumbalgia y fiebre lo más frecuente. La Resonancia Magnética (RM) es el examen de elección para su estudio.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 69 años, que nos da su consentimiento informado, con antecedentes de lumbociática por discopatía y terapia neural (TN) para manejo de dolor. Se hospitaliza por lumbociática febril invalidante, asociado a parestesias bilaterales. Hemocultivos positivos para SA multisensible, inicia Cloxacilina y Gentamicina. Tomografía computada y ecocardiograma descartan espondilodiscitis y endocarditis, suspendiéndose la Gentamicina. Desarrolla absceso en región glútea izquierda drenado quirúrgicamente. RM muestra epiduritis extensa intrarraquídea, abscesos de psoas (AP) izquierdo y abscesos epidurales (AE) que comprimen saco dural y cauda equina. Se ajusta dosis Cloxacilina para tratamiento efectivo por 4 semanas. Completa 26 días de este, evolucionando favorablemente. Alta con traslape a Cloxacilina oral.

### DISCUSIÓN

La situación es AP y AE en paciente con lumbalgia febril cursando con bacteremia por SA, con puerta de entrada probable la TN, la cual, como cualquier procedimiento invasivo de piel, posee riesgos que se ven incrementados si las técnicas asépticas no son las adecuadas. Dado aumento en uso de estas opciones terapéuticas, se hace el llamado a sospechar activamente estas terapias como etiología de staphylococemias y considerar los abscesos epidurales como diagnóstico diferencial de lumbalgia febril, ya que el pronóstico se relaciona directamente con la precocidad del tratamiento.

### PALABRAS CLAVES

Lumbalgia, Absceso epidurales, Absceso psoas

## ACIDOSIS LÁCTICA, COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DEL USO DE METFORMINA.

Manuel González M. (1), Ana María Palma P. (1), Francisco Ljubetic N. (1), Felipe Ayala B. (1), Dr. Matías Gómez F. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Cirujano
- Hospital de Lautaro, Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

Acidosis láctica (AL) se define como trastorno ácido-base con pH disminuido causado por acumulación de ácido láctico. Biguanidas como Metformina promueven conversión de glucosa en ácido láctico, pudiendo generar concentraciones plasmáticas patológicas. Estados Unidos presenta incidencia de 5.1 pacientes por 100.000 habitantes, destacando mal pronóstico por alta mortalidad.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 84 años, diabético no insulino-requiriente, es llevado al servicio de urgencias tras ingerir 34 comprimidos de metformina 850 mg con intención de autolisis. Evoluciona con vómitos, diarrea y compromiso de conciencia. Ingresar estable al servicio de urgencias con Glasgow 14, deshidratado, destaca glicemia: 20 mg/dL, creatinina: 3.5 mg/dL, ácido láctico: 175.3 mg/dL (19.46mmol/l), pH: 7.09, HCO<sub>3</sub>: 10.9 mEq/l, pCO<sub>2</sub> 36.5. Evoluciona con hipotensión severa sin respuesta a noradrenalina en dosis adecuadas, además se indica hemofiltración veno-venosa continua y manejo metabólico con glucosa y bicarbonato endovenoso. Se mantiene hemodinamia inestable, sin respuesta a terapéutica, evolucionando con paro cardiorespiratorio sin repuesta a reanimación avanzada, constatándose el fallecimiento del paciente.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico de AL se realiza con valores séricos sobre 19.8 mg/dL (2.2 mmol/l), raramente desarrollada en pacientes sin comorbilidades, más frecuente en insuficiencia renal, hepática o infección aguda. La ingesta excesiva abrupta de metformina aumenta la probabilidad de dicha complicación. Concentraciones elevadas de ácido láctico llevan a depresión función cardíaca con hipoperfusión tisular. El manejo definitivo es hemodiálisis o hemofiltración, junto con soporte hemodinámico, sin embargo, el shock es una complicación frecuente, cuya mortalidad es cercana al 48%, como se presentó en este caso.

### PALABRAS CLAVES

Acidosis láctica, metformina, hemofiltración

## ANESTESIA OBSTÉTRICA EN PACIENTE CON CIRUGÍA DE ESCOLIOSIS PREVIA CON BARRAS SUBCUTÁNEAS.

Camila Fernanda Castillo P. (1), Gabriel Ignacio Valdés V. (1), Marliz Buck K. (1), Nicole Boggen R. (1), Alicia Francisca Muñoz A. (2)

1. Estudiante de medicina
  2. Médico cirujano, anestesista
- Hospital Dr. Abraham Godoy, Lautaro, Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

La cesárea se realiza en el 47,1% de los nacimientos en Chile. La técnica anestésica puede ser general o regional. Dado que la anestesia general se ha asociado a diversas complicaciones, cada vez es menos utilizada como técnica anestésica de elección. Los anestésicos generales utilizados en la cesárea atraviesan la placenta y pueden causar depresión neonatal, dificultad respiratoria fetal y bajos puntajes de Apgar en los neonatos.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 23 años con antecedentes de cirugía de columna por escoliosis lumbar a los 16 años, grupo sanguíneo ORh(-) no sensibilizada e hipotiroidismo que cursa con su segundo embarazo sin complicaciones. Debido a patología lumbar se decide cesárea electiva a las 39 semanas de edad gestacional. Al ingreso a pabellón se intenta utilizar anestesia regional, lo que resulta imposible debido a la estrechez de espacios lumbares y la fibrosis de la zona. Se procede a administrar anestesia general con buenos resultados intraoperatorios. Resto de la cirugía transcurre sin incidentes. En el postoperatorio la paciente evoluciona con malestar general, náuseas y vómitos, que ceden espontáneamente.

### DISCUSIÓN

Está establecido que la analgesia epidural en mujeres de parto con antecedentes de cirugía del raquis no está contraindicada y puede beneficiar a un alto número de pacientes, pero no puede considerarse una regla general. La literatura apoya la utilización de analgesia intradural continua a través de catéter y reservar la anestesia general para casos urgentes, sin embargo, esto depende de la complejidad del centro de salud y la práctica que tenga el anesthesiologo en esta técnica.

### PALABRAS CLAVES

Cesárea, embarazo, anestesia



## CARACTERIZACIÓN BACTERIOLÓGICA EN INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SERVICIO DE MEDICINA. HOSPITAL PITRUFQUÉN 2016.

Jaime Leñero N. (1), Giovanni Ghisellini S. (1), Loreto González H. (1), Daniela Rodríguez B. (2)

1. Interno de Medicina
  2. Médico Cirujano.
- Hospital Pitrufquén, Universidad Mayor, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) es causa recurrente de hospitalización en el servicio de medicina del Hospital de Pitrufquén, la cual suele tener que resolverse con tratamiento empírico y confirmación posteriormente con urocultivo. Existe consenso en la literatura nacional y extranjera sobre agentes causales más frecuentes pero importantes diferencias a la susceptibilidad antibiótica, dependiendo de la localidad donde se analice.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizarán los resultados de urocultivos realizados el año 2016, en el laboratorio bioquímico del hospital de Pitrufquén provenientes del servicio de medicina. Se analizaron muestras de adulto y adulto mayor, excluyendo a todos los menores de edad y embarazadas de la muestra.

### RESULTADOS

De los 1095 urocultivos solicitados, se informaron con bacteria y antibiograma 311 provenientes del servicio de medicina. Se evidenció que un 88% de los casos el agente causal es E.Coli y 9% K. pneumoniae. Ambos agentes infecciosos presentan altas tasas de resistencia en nuestro medio a los antibióticos, 8,8% Nitrofurantoína, 16,8% Ciprofloxacino y 12,2% Cotrimoxazol. Cefadroxilo presenta una resistencia menor al 8% en ambos agentes infecciosos, siendo el mejor antibiótico para tratamiento empírico de ITU.

### DISCUSIÓN

Se recomienda el no uso de Ciprofloxacino y Cotrimoxazol para el tratamiento empírico, debido a la alta tasa de resistencia presente en la población. Se recomienda como tratamiento empírico Cefadroxilo, en adultos y adultos mayores, debido a la seguridad y la baja tasa de resistencia a los principales agentes infecciosos.

### PALABRAS CLAVES

Urocultivo, Antibiograma, Empírico.

## CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA RESPIRATORIO DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUERTO NATALES.

Pamela Andrea Suarez M. (1), Macarena Natalia Moreno P. (1), Ángelo Enrique González M. (2), Juan Ignacio Moreno P. (2)

1. Interno de Medicina

2. Médico Cirujano

Centro de Salud Familiar de Puerto Natales, Universidad de La Frontera, Puerto Natales.

### INTRODUCCIÓN

Puerto Natales, ciudad perteneciente a la región de Magallanes, cuenta con una población de 19.116 habitantes, beneficiarios del programa de enfermedades respiratorias del adulto (ERA), el cual busca disminuir complicaciones, mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo es caracterizar a los pacientes que se encuentran en control por asma y enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) en la sala ERA, con el fin de mejorar pesquisa, cobertura y control.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se revisa base de datos de sala ERA del Centro de Salud Familiar de Puerto Natales, desde enero a junio de 2016, tabulando variables demográficas, diagnósticos y estado de compensación.

### RESULTADOS

Existen 236 pacientes asmáticos y con EPOC, siendo la media de edad 48.94 años (27.23 DE). Un 75.4% (178) son Asmáticos y 24.6% (58) EPOC. Según gravedad, 63.5% (113) de los asmáticos son leves, 32.6% (58) moderado y 9.3% (16) severo. El 66.3% (118) logró compensación, 11.2% (20) control parcial y 7.3% (13) no logró compensación. De los pacientes con EPOC, 65.5% (38) son tipo A y 34.5% (20) tipo B. El 60.3% (35) logró compensación. No se valoró compensación en 19.5% (11) de los pacientes.

### DISCUSIÓN

A pesar de los esfuerzos realizados, solo un 64.8% de los pacientes se encuentran compensados, también llama la atención que en 19.5% de los pacientes no se registró el grado de compensación. Por lo tanto se deben implementar medidas que permitan mejorar la pesquisa, adherencia y control.

### PALABRAS CLAVES

Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, atención primaria de salud.

## CARACTERIZACIÓN DE POBLACION PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE LA MUJER, CENTRO SALUD. FAMILIAR PUERTO NATALES.

Macarena Natalia Moreno P. (1), Pamela Andrea Suarez M. (1), Ángelo Enrique González M. (2), Juan Ignacio Moreno P. (2)

1. Interno de Medicina

2. Médico Cirujano

Centro de Salud Familiar de Puerto Natales, Universidad de La Frontera, Puerto Natales.

### INTRODUCCIÓN

Puerto Natales, ciudad perteneciente a la región de Magallanes cuenta con una población de 19.116 habitantes dentro del cual se enmarca el programa de Salud de la Mujer, el cual busca contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas del ciclo vital. El objetivo es caracterizar a las pacientes pertenecientes al programa con el fin de mejorar la capacidad preventiva y resolutive.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se revisa base de datos del programa de salud de la mujer del Centro de Salud Familiar de Puerto Natales desde Junio a Diciembre 2016 tabulando variables demográficas, método de regulación de la fertilidad, estado nutricional de gestantes y gestantes en control con riesgo psicosocial.

### RESULTADO

El programa de salud de la mujer cuenta con 1662 pacientes. El 17.9% (299) utiliza un dispositivo intrauterino como método anticonceptivo, 80.5% (1338) método hormonal y 1.5% (25) solo preservativo. De un total de 123 gestantes, 35.77% (44) presenta peso normal, 2.43% (3) bajo peso, 26.82% (33) sobrepeso y 34.95% (43) obesidad. Del total de gestantes un 52.03% (64) presentan riesgo psicosocial.

### DISCUSIÓN

El método anticonceptivo más utilizado es el hormonal (80.5%). Existe un 61.77% de gestantes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, cifra similar a la prevalencia nacional de 63.57%, por lo que nuestros esfuerzos deben enfocarse en desarrollar más talleres para fomentar la alimentación saludable, mejorar las actividades de promoción y difusión, junto con aumentar la pesquisa y cuidado de pacientes con riesgo psicosocial.

### PALABRAS CLAVES

Mujer, atención primaria de salud, embarazo.

## CIRUGÍA RETROGRADA INTRARRENAL MEDIANTE URETERORRENOSCOPIO FLEXIBLE (URSF): CAMINO MINIMAMENTE INVASIVO PARA TRATAMIENTO DE CÁLCULOS RENALES.

Rodrigo Javier Sánchez S. (1), Manuel Felipe Ayala B. (1), Valentina Paz Vergara V. (2), Dr. Cristobal Bettancourt G. (3), Dr. Marcelo Torrejón V. (3)

1. Interno de Medicina
  2. Alumna de Medicina
  3. Médico Cirujano, Urólogo
- Hospital San José de Victoria, Universidad Mayor, Victoria.

### INTRODUCCIÓN

La litiasis urinaria es altamente frecuente y su prevalencia e incidencia han ido en aumento. El manejo quirúrgico de esta enfermedad incluye cirugía abierta, Litotripsia extracorpórea (LEC), Nefrolitotomía percutánea y la cirugía endoscópica. El tratamiento endoscópico de la litiasis urinaria ha presentado grandes avances dado, entre otras cosas, por la aparición de ureteroscopios flexibles, lo que ha permitido el manejo de cálculos proximales.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente consulta en servicio de urgencia con cólico renal secundario a cálculo proximal de 8mm. Posterior al ascenso de pigtail el cálculo se desplaza a caliz inferior. Se decide realizar Nefrolitotomía endoscópica (cirugía retrógrada intrarrenal) por medio de Ureterorrenoscopia flexible (URSF), procedimiento que resulta exitoso.

### DISCUSIÓN

El manejo de la litiasis de la vía urinaria superior constituye la indicación más frecuente de la URSf. Esta técnica se utiliza, principalmente, en la litiasis renal o ureteral proximal menor a 20 mm, en donde la LEC ha sido el tratamiento habitual, pero con tasas libre de cálculo menores. En la experiencia con ureteroscopia flexible en el Hospital de Victoria, vemos reflejado el gran desarrollo tecnológico de los últimos años, que ha permitido que las técnicas endourológicas sean la primera vía de abordaje para estos casos. El incremento en el número de procedimientos ha permitido aumentar la eficacia y disminuir las complicaciones. Existe hoy una constante expansión en el uso de la URSf, situándose como un procedimiento seguro y eficaz para el manejo de patología litiásica.

### PALABRAS CLAVES

Urolitiasis, Nefrolitotomía, endoscopia

## CISTOADENOMA HEPÁTICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA.

Jaime Leñero N. (1), Giovanni Ghisellini S. (1), Franco Ferretti Z. (1), Manuel Alvarez O. (1), Daniela Rodríguez B. (2)

1. Interno de Medicina,  
2. Médico Cirujano  
Hospital de Lautaro, Universidad Mayor, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

El cistoadeoma hepático (CAH) es un tumor benigno, con componente quístico. Su presentación es más bien infrecuente, constituyendo alrededor del 5% de los tumores quísticos del hígado. Pudiese comprometer el parénquima hepático o las vías biliares extra hepáticas, siendo la localización más habitual a nivel hepático (80-85%). Es importante diferenciar el CAH de otras lesiones quísticas no parasitarias del hígado y las vías biliares, dado el potencial de malignización de este tipo de tumores.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 56 años de edad, ruralidad. Motivo de consulta: Dolor abdominal. Cursando un aumento de volumen en la región abdominal de aproximadamente dos meses, consulta por cuadro de dolor leve, malestar epigástrico y sensación febril. Exploración física: Afebril. Consciente, orientada, buen estado general, eupneica, bien hidratada, abdomen blando, depresible, sensible a la palpación en hipocondrio derecho. Se solicita ecografía abdominal destacando: masa quística redondeada de aproximadamente de 8 x 8 cm situada en Lóbulo hepático izquierdo (LHI), que presenta un área de la pared engrosada y tabique central. Ante la alta prevalencia de hidatidosis en nuestra población, los hallazgos clínicos e imaginológicos, se plantea como diagnóstico hidatidosis hepática complicada, por lo cual se decide hospitalización para resolución quirúrgica. El diagnóstico definitivo debe realizarse mediante un estudio histopatológico post cirugía, el cual concluye como diagnóstico CAH.

### DISCUSIÓN

Intervención quirúrgica. Lesión tumoral en segmento lateral de lóbulo izquierdo. Se practica lobectomía izquierda, con disección y ligadura selectiva de los vasos para el segmento II y III, confirmación diagnóstica histopatológica. Evoluciona satisfactoriamente, actualmente en control.

### PALABRAS CLAVES

Cistoadenoma, hidatidosis, tumor.

## COLITIS ULCEROSA (CU) CON INDEMNIDAD RECTAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Felipe Alejandro Dávila D. (1), Camilo Jesús Burgos G. (1), Jennyfer Carolina Escobar B. (1), David Misael Oliarte B. (1), Abraham Canahuate R. (2)

1. Estudiante de Medicina

2. Médico Cirujano

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

### INTRODUCCIÓN

La CU es una patología crónica de etiología desconocida que forma parte de la enfermedad inflamatoria intestinal, la cual se caracteriza por inflamación del tubo digestivo. La prevalencia mundial es de un 0,4% y un 12% debuta en edad pediátrica, donde presenta características clínicas y psicosociales que pueden indicar una terapéutica distinta, con importante repercusión nutricional y sobre el crecimiento.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 10 años consultó por cuadro de 8 meses de evolución de disentería y baja de peso. Se hospitaliza para estudio, donde se realizan exámenes que revelaron anemia, hipoalbuminemia, coprocultivo y parasitológicos negativos. En ecografía abdominal se observó engrosamiento difuso parietal del colon. Colonoscopia evidenció edema en sigmoides, progresivo hacia proximal, con mayor enantema y empedrado tipo polipoídeo con úlceras superficiales. Biopsia de colon resultó compatible con CU moderada. Por lo que se inició tratamiento corticoidal y Mesalazina con buena evolución.

### DISCUSIÓN

La CU se caracteriza por comprometer mucosa y submucosa del recto y colon, extendiéndose de manera proximal y continua con ulceraciones.

En pediatría la prevalencia es 18/100.000 habitantes, teniendo mayor frecuencia la forma extensa y ocasionalmente con distribución parcheada con preservación rectal en un 23% de los casos.

Los síntomas son diarrea o disentería y manifestaciones extraintestinales como artralgia y artritis. No existe prueba diagnóstica específica, siendo las características clínicas, radiológicas, endoscópicas e histológicas las que determinan el diagnóstico.

Es fundamental la identificación temprana para iniciar tratamiento con objetivo de inducir la remisión clínica de la enfermedad, permitir un crecimiento adecuado y minimizar efectos adversos.

### PALABRAS CLAVES

Colitis ulcerosa, Hemorragia Gastrointestinal, Recto.

## CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA (CRE) COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA (PTT).

Javiera Constanza Arancibia L. (1), Alex Ricardo Segovia C. (1), Alexander Andrés Roco A. (1), Ninotchka Macarena Benítez M. (1), Dr. Claudio Alberto Aros E. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Nefrólogo
- Hospital Base Valdivia, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

### INTRODUCCIÓN

La CRE se presenta en 10-15% de pacientes con esclerodermia sistémica (ES). Cursa con hipertensión maligna, rápido deterioro de función renal y anemia hemolítica microangiopática (AHMA) en más del 50% de los casos. Su tratamiento constituye una urgencia médica que comprende el uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 44 años diagnosticada con ES en 2007, hospitalizada por Neumonía grave que durante hospitalización presentó oliguria, hipertensión severa y AHMA. Al laboratorio destaca: Examen de orina normal, creatinemia basal 1,97 mg/dL que aumentó a 7,95 mg/dL; Hemograma: hemoglobina 7,9 mg/dL, al frotis esquistocitos (+), plaquetas 71.000/uL, Test de Coombs directo e indirecto (-) y LDH 705 mg/dL. Se planteó como etiología CRE versus PTT. Se inició captopril, hemodiálisis y plasmaféresis, descartándose PTT por ADAMTS13, con 70% actividad por lo cual se suspende plasmaféresis. Finalmente, se interpretó el cuadro como CRE manteniendo tratamiento con captopril y hemodiálisis, con resolución de signos de hemólisis a los 4 días, sin mejoría de función renal.

### DISCUSIÓN

Es necesario sospechar precozmente una CRE en pacientes con ES que presenten falla renal progresiva, más aún si presenta AHMA y no ser interpretado como entidad aparte ya que tienen distintos enfrentamientos iniciales que pueden incidir en el pronóstico del paciente. Además se debe realizar un estudio especial en pacientes con ES, efectuando monitoreo de presión arterial, medición de creatinemia, proteinuria y de la actividad de renina plasmática. La sospecha oportuna y el tratamiento precoz disminuyen riesgo de secuelas.

### PALABRAS CLAVES

Esclerodermia difusa, Anemia microangiopática, Púrpura trombocitopénica trombótica

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE TUBERCULOSIS POR COMUNAS. XIV REGIÓN ENTRE 2014 Y 2016.

Valentina Esperanza Ortiz H. (1), Katherine Natalia Parra V. (1), Mario Esteban Ortiz H. (1), Dr. Nelson Toro M. (2), Dr. Rodrigo Mella D. (3)

1. Estudiante de Medicina, Interno
  2. Médico Internista Broncopulmonar
  3. Médico Cirujano, Residente Medicina Interna
- Hospital Base Valdivia, Universidad Austral Chile, Valdivia

### INTRODUCCIÓN

En Chile, a pesar de la implementación del proceso avanzado de Control de Tuberculosis (TBC) en el año 2000, no se ha logrado alcanzar la eliminación avanzada de la enfermedad. En XIV región incluso hubo un incremento de casos, estando por sobre la incidencia a nivel país. No existe análisis de registros de TBC por comuna en el último tiempo. El objetivo de este estudio es describir la incidencia y distribución de TBC pulmonar con confirmación bacteriológica por comuna en la XIV región entre 2014-2016 para generar conocimiento de la epidemiología local.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de casos nuevos con baciloscopías, cultivos y biopsias positivas en cada comuna de la XIV región, con datos aportados por el equipo técnico de TBC del Servicio de Salud Valdivia entre 2014-2016. n=74 analizado con Office Excel 2010.

### RESULTADOS

La incidencia en la comuna de Valdivia fue de 10/100.000, en Panguipulli 2,37/100.000, en La Unión 1,58/100.000, en Río Bueno 1,32/100.000, en Mariquina 1,05/100.000, en Lanco 1,31/100.000, Máfil 0,79/100.000, Corral 0,53/100.000, Paillaco y Futrono ambos 0,26/100.000. El 87,36% (n=76) correspondió a casos nuevos y 12,64% (n=11) a casos antes tratados. La mayoría comprende entre los 15-44 y 65 y más años (39,47%, n=30 y 30,6%, n=23, respectivamente).

### DISCUSIÓN

La incidencia regional se basa fundamentalmente en casos de la comuna de Valdivia por tener mayor población, pese a la alta ruralidad y precariedad de localidades del resto de la región. Ancianos y adulto joven-medio constituyen las edades prioritarias, concordante con la concentración de población vulnerable en estos grupos etarios.

### PALABRAS CLAVES

Tuberculosis, Incidencia, Chile



## DESCRIPCIÓN DE PACIENTES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO, CENTRO SALUD FAMILIAR PUERTO NATALES.

Macarena Natalia Moreno P. (1), Pamela Andrea Suárez M. (1), Enzo Sebastián Pellizari D. (1), Constanza Melisa Pinilla D. (1), Juan Ignacio Moreno P. (2)

1. Interno de Medicina

2. Médico Cirujano

Centro de Salud Familiar de Puerto Natales, Universidad de La Frontera, Puerto Natales.

### INTRODUCCIÓN

El Programa de Salud del Niño (PSN) tiene como finalidad contribuir con estrategias de promoción al desarrollo integral del niño menor de 10 años a través de actividades de fomento, prevención y recuperación de la salud. El objetivo es describir, en Puerto Natales, a este grupo con el fin de mejorar la capacidad preventiva y resolutive.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se revisa base de datos del (PSN) del Centro de Salud Familiar de Puerto Natales desde junio a diciembre 2016, tabulando variables demográficas, diagnóstico nutricional integrado, score de riesgo de morir por neumonía e inasistencia a controles.

### RESULTADO

El PSN cuenta con 1584 pacientes, 52.65% (834) de sexo femenino y el 70.2% (1112) menor de 6 años. Un 50.63% (802) presenta peso normal, 0.31% (5) desnutrido, 1.19% (19) bajo peso, 27.08% (429) sobrepeso y 20.7% (328) obesidad. Existen 114 pacientes menores de 1 año en control, 68.42% (78) con score de riesgo leve, 22.8% (26) moderado y 8.77% (10) grave. Finalmente, 23.73% (376) se encuentra inasistente a controles.

### DISCUSIÓN

Existe un 47.78% de pacientes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, mayor al 34.67% nacional, que podría deberse al tipo de alimentación que existe en esta zona. Además destaca un 31.5% de pacientes que presentan un score de riesgo moderado-grave de morir por neumonía. Nuestros esfuerzos deben enfocarse en desarrollar más talleres de alimentación saludable y mejorar las actividades de promoción y difusión, buscando disminuir la cantidad de inasistentes y pesquisa de pacientes con riesgo.

### PALABRAS CLAVES

Niño, evaluación nutricional, atención primaria de salud.

## DISQUINESIA CILIAR PRIMARIA (DCP) EN PREESCOLAR.

Gonzalo Fernando Bezama O. (1), Lucas Alberto Ebensperger E. (1), Francisca Loreto Rivas M. (1), Ana María Salas S. (1), Karen Andrea Salgado V. (2), Nicole Andrea Salvatierra N. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Cirujano
- Hospital Naval Almirante Adriaola, Universidad San Sebastián, Concepción

### INTRODUCCIÓN

La DCP es una enfermedad genética rara, con prevalencia de 1 caso por cada 10.000 recién nacidos vivos; autosómica recesiva, caracterizada por disfunción de células ciliadas de distintos epitelios del organismo, preferentemente el respiratorio, existiendo inmovilidad completa o anormal de cilios y flagelos, lo que lleva principalmente a trastornos del aclaramiento mucociliar, mecanismo de defensa fundamental contra infecciones respiratorias.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino, 4 años 4 meses, con antecedente de infecciones respiratorias recurrentes desde lactante; cuadros repetidos de otitis media aguda, rinosinusitis, laringitis obstructiva y neumonías bacterianas de difícil manejo, que requirieron hospitalizaciones en unidad de cuidados intermedios y tratamientos antibióticos de segunda y tercera línea. A los 2 años de edad, con diagnóstico de rinitis alérgica, síndrome bronquial obstructivo crónico y otitis media crónica, se plantea probable síndrome de inmunodeficiencia. Se estudia llegando al diagnóstico de déficit de Inmunoglobulina A secretora y de anticuerpo antineumococo. Se inicia manejo con vacunas Pneumo 23, Prevenar 13 y gammaglobulina mensual, evolucionando favorablemente. Con 4 años de edad es evaluado por otorrinolaringólogo, quien indica adenoidectomía, y plantea probable trastorno de motilidad ciliar. Se efectúa biopsia ciliar que evidencia 10% de alteraciones estructurales compatibles con DCP. A pesar de hacer este diagnóstico, el manejo y seguimiento no requieren cambios.

### DISCUSIÓN

Estudios de función ciliar son de difícil acceso, lo que dificulta el diagnóstico. La detección temprana es fundamental para evitar el deterioro progresivo de la función pulmonar y disminuir morbilidad por complicaciones.

### PALABRAS CLAVES

Trastornos de la motilidad ciliar, Infecciones respiratorias, Síndromes de Inmunodeficiencia

## ESCARLATINA QUIRÚRGICA EN LACTANTE QUEMADO.

Pedro Luis Andrés Lucero Z. (1), Catalina Paz Montes B. (1), Camila Danae Moya L. (1), Alexander Andrés Roco A. (1), Dr. Cristian Alejandro Montes C. (2)

1. Interno de Medicina
  2. Médico cirujano
- Hospital Base Valdivia, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

### INTRODUCCIÓN

La escarlatina se presenta clásicamente en preescolares y escolares, originada por *Streptococcus pyogenes*, productor de exotoxina eritrogénica. Se caracteriza por un exantema maculopapular, asociado a fiebre, adenopatías, lengua aframbuesada y generalmente se presenta tras una faringoamigdalitis estreptocócica, que actúa como puerta de entrada.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Lactante mayor de 21 meses acude a servicio de urgencia por escaldadura en tórax y extremidades superiores. Al ingreso se constata paciente con pulso 130 por minuto, afebril y saturando 97%. Observándose quemadura tipo A, de 3% de superficie corporal total en tórax anterior y de un 1% en cada brazo. Se realizan curaciones y analgesia. Índice de Gravedad determina severidad moderada, con un puntaje de 69. Ingresar para evaluación por cirujano infantil y manejo según protocolo.

Al tercer día presenta peak febril de 38,1°C decaimiento y aparición de exantema maculo papular en tórax, extremidades superiores, mejillas y zona del pañal.

Ante rash escarlatiniforme se inició tratamiento antibiótico empírico de Penicilina sódica y Cloxacilina endovenosa. Sus exámenes destacan Leucocitos 10420 predominio polimorfo nuclear 53%, con una proteína C reactiva 7,18. Hemocultivos negativos. Evoluciona favorablemente, afebril, con disminución de exantema al 4to día de tratamiento antibiótico y quemadura tipo A sin complicaciones.

### DISCUSIÓN

Se presenta un caso de escarlatina en el cual la puerta de entrada del agente es cutánea, generando la llamada escarlatina quirúrgica. El alto nivel de sospecha es clave para iniciar tratamiento antibiótico precoz y evitar severas complicaciones. Entre las que destacan el síndrome de shock tóxico.

### PALABRAS CLAVES

Escarlatina, Lactante, *Streptococcus pyogenes*

## ESCLERITIS NECROTIZANTE BILATERAL.

Constanza Pinilla D. (1), Enzo Pellizari D. (1), Macarena Moreno P. (1), Pamela Suarez M. (1), Guillermo Cárcamo R. (2)

1. Interno de Medicina

2. Médico Cirujano

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

### INTRODUCCIÓN

La escleritis es la inflamación dolorosa de la esclera. Hasta el 50% se asocia a enfermedad sistémica. Se presenta alrededor de los 50 años, más frecuente en mujeres, siendo bilateral en el 30-50%. La escleritis anterior se subdivide en difusa, nodular y necrotizante. La escleritis necrotizante, aunque infrecuente, es la forma más severa. Si no se maneja a tiempo, se produce isquemia y necrosis del tejido escleral.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 66 años, femenino, con antecedentes de diabetes mellitus con mal control metabólico e hipertensión arterial. Presenta historia de 1 año de ojo rojo bilateral doloroso asociado a fotofobia y epifora. Al examen destaca: Hiperemia conjuntival con tinte violáceo, esclera adelgazada con transparencia uveal y cierre capilar, y signos de uveítis anterior.

Frente a un cuadro de escleritis necrotizante con uveítis anterior bilateral, y debido a sus comorbilidades, se decide hospitalizar iniciar terapia corticoidal endovenosa e inmunosupresores, con apoyo multidisciplinario. En controles sucesivos se evidencia marcada mejoría de la inflamación.

### DISCUSIÓN

La escleritis necrotizante, siendo infrecuente, es importante sospecharla, ya que tiene un alto riesgo de pérdida visual y requiere un tratamiento agresivo para evitar complicaciones. En el caso de nuestro paciente, se nos dificulta instaurar el tratamiento por sus comorbilidades, por lo que requiere de un manejo multidisciplinario, lográndose finalmente un buen control de la enfermedad. La escleritis puede ser la primera manifestación de enfermedades sistémicas, por lo que es importante realizar estudio inmunológico y mantener a nuestro paciente en observación.

### PALABRAS CLAVES

Escleritis, uveítis anterior, escleritis necrotizante.

## ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA, COMPLICACIONES EN ETAPAS AVANZADAS.

Manuel González M. (1), Francisco Ljubetic N. (1), Ana María Palma P. (1), Teresa Luna V. (1), Dr. Matías Gómez F. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Cirujano
- Clínica Mayor, Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

La Esclerosis sistémica progresiva (ESP), enfermedad del tejido conectivo caracterizada por cambios degenerativos e inflamatorios que conducen a fibrosis. Puede comprometer piel, otros tejidos blandos y órganos internos. Su prevalencia es cercana a 0.05%, mayor en mujeres. Compromiso vascular avanzado es el principal responsable de complicaciones.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenino de 52 años, antecedente de ESP con fibrosis pulmonar secundaria y síndrome de CREST (calcinosis, fenómeno Raynaud, disfunción esofágica, esclerodactilia y telangetasias), en tratamiento con micofenolato mofetilo, consulta por cuadro respiratorio alto de aparición reciente, aumento de disnea basal y percepción febril. Radiografía tórax sugerente de neumopatía derecha sobre fibrosis basal, presenta parámetros inflamatorios elevados, además cursó falla renal aguda. Por cuadro de base se hospitaliza en unidad de cuidados intensivos para manejo. Durante hospitalización se realiza ecocardiograma, presión sistólica arteria pulmonar (PSAP) 70 mmHg, diagnosticándose hipertensión pulmonar (HTP) e inicia tratamiento con Sildenafil. Respecto a cuadro renal se sospecha crisis renal esclerodérmica manejada principalmente con antiproteínúricos.

### DISCUSIÓN

La fibrosis pulmonar es complicación frecuente de ESP, 10% de pacientes presenta HTP, diagnosticándose con PSAP sobre 25 mmHg. Esto conlleva a sobrecarga ventricular derecha, siendo la principal causa de muerte en pacientes con ESP. Crisis renal esclerodérmica se presenta en 20% de pacientes con ESP y presenta baja mortalidad con tratamiento precoz. El manejo en este caso fue adecuado según actualizaciones recientes, paciente evoluciona con mejoría clínica, falla renal resuelta y cuadro respiratorio agudo en regresión. Se indica alta con posterior control por cardiología y nuevo ecocardiograma.

### PALABRAS CLAVES

Esclerosis sistémica, hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar

## EVOLUCIÓN Y MANEJO DE HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR ROTO, SECUNDARIO A SÍNDROME DE HELLP.

Iván Alejandro Lagos S. (1), María Francisca Rozas V. (2), Enzo Sebastian Pellizari D. (1), Constanza Melisa Pinilla D. (1), Dr. Andrés Ignacio Troncoso T. (3), Dr. Juan Carlos Rozas A. (4)

1. Interno de Medicina
  2. Estudiante de Medicina
  3. Médico Cirujano, Cirujano General, Becado de cirugía digestiva PUC
  4. Médico Cirujano, Ginecólogo Obstetra
- Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia), es una complicación del embarazo, asociada generalmente a preeclampsia. Las principales complicaciones involucran: coagulopatía intravascular diseminada, desprendimiento de placenta, edema pulmonar y hematoma hepático subcapsular.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 43 años, multípara de 2, cursando embarazo de 28+1 semanas de gestación, en tratamiento por hipertensión arterial crónica. Consulta por un cuadro de epigastralgia asociado a hipertensión arterial. Se solicitan exámenes en los que destaca elevación de enzimas hepáticas, por lo que se deriva al centro de referencia bajo sospecha de síndrome de HELLP. Se realiza ecografía en la cual impresiona un hematoma hepático subcapsular. En sala de pre partos se objetiva disminución de latidos cardio-fetales, aumento del dolor abdominal e hipotensión por lo que se sospecha una rotura del hematoma hepático subcapsular y se indica cesárea de urgencia con laparotomía exploratoria. Luego de la cirugía, el hematoma roto se manejó de forma conservadora con plasmaféresis, usando albúmina como fluido de reemplazo, con resultado exitoso.

### DISCUSIÓN

Los hematomas subcapsulares hepáticos contenidos, secundarios a síndrome de HELLP presentan una baja incidencia y su rotura espontánea es una complicación poco frecuente que se produce entre 1-2% con tasas de mortalidad de 18-86%. La interrupción del embarazo inmediata, asociado a manejo médico conservador, suele ser el tratamiento definitivo en mujeres embarazadas que cursan con este cuadro.

### PALABRAS CLAVES

Hematoma, Hígado, Síndrome de HELLP.

## FRACTURA BILATERAL DE ACETÁBULO.

Alejandro Ignacio Bascour S. (1), Matías Sebastian Nahuelpán S. (1), Pablo Alejandro Valenzuela V. (1), Jorge Alejandro Olivares L. (1), Antonio Nayef Harcha G. (2)

1. Estudiante de Medicina
2. Médico Cirujano, Residente de Traumatología Adulto  
Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco

### INTRODUCCIÓN

Las fracturas pélvicas constituyen una lesión traumática de gran frecuencia en los servicios de urgencia; aproximadamente 20% presenta compromiso acetabular. Suelen estar causados por traumatismos de alta energía y por tanto se presentan en contexto de pacientes politraumatizados, con alta morbimortalidad secundaria asociada.

El principal mecanismo de producción corresponde a accidentes de tránsito, afectando fundamentalmente a personas jóvenes.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente varón, 26 años, involucrado en accidente de tránsito de alta energía, viajando en asiento trasero, sin cinturón de seguridad y bajo los efectos del alcohol. Presenta compromiso de conciencia, herida cortante supraciliar izquierda e impotencia funcional de ambas caderas. Es llevado por Servicio de Atención Médica de Urgencia a Servicio de Urgencia Hospital Hernán Henríquez Aravena, ingresa estable, se realiza escáner cerebro, cuerpo total y extremidades que muestra fractura de acetábulo derecho desplazada, fractura de acetábulo izquierdo no desplazada y fractura de rama isquiopubiana derecha, descartando otras lesiones. Es hospitalizado para resolución quirúrgica; resolución definitiva con reducción y osteosíntesis de acetábulo derecho con postoperatorio inmediato en cama Unidad de Tratamiento Intermedio. Evoluciona sin complicaciones inmediatas.

### DISCUSIÓN

Las fracturas de pelvis se presentan como un gran desafío para el médico general por su elevada morbimortalidad asociada. Si bien se presenta un caso en el contexto de un hospital de alta complejidad, con especialista de urgencia y mayor disponibilidad de recursos de apoyo diagnóstico, este no es el escenario que mejor representa nuestra realidad local, tomando mayor importancia la sospecha clínica, el examen clínico específico y una derivación cuidadosa, oportuna y expedita.

### PALABRAS CLAVES

Acetábulo, Fracturas Óseas, Traumatismo Múltiple

## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, GORBEA (CHILE).

Roberto Castro R. (1), Felipe Gómez L. (1), Sebastián Espinoza H. (1), Daniela Villarroel M. (1), Claudio Uribe S. (2)

1. Interno de medicina

2. Médico Cirujano

Hospital familiar y comunitario de Gorbea, Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida hemática proximal al ángulo de Treitz. Constituye una urgencia médica y una causa frecuente de hospitalización. En Chile no existe estadística epidemiológica de HDA. El objetivo del presente estudio es describir el comportamiento epidemiológico y manejo inicial de la HDA durante el año 2016 en el hospital de Gorbea.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, revisando todas las atenciones del servicio de urgencias del Hospital de Gorbea durante el año 2016. Información extraída de la base de datos del sistema de atención del servicio de urgencias. Fueron revisados todas aquellas atenciones en que se diagnosticó HDA, HDA en estudio, hematemesis y melena, seleccionando 21 atenciones.

### RESULTADOS

El antecedente más frecuente es úlcera péptica (23.8%). Según edad hay un comportamiento bimodal, personas entre 15-30 años y 61-75 años sufren un episodio de HDA (28.5%). Hubo una mayor incidencia del sexo masculino (66.6%). Las medidas más frecuentes en el manejo inicial son uso de suero fisiológico (80.9%) y un inhibidor de la bomba de protones (66.7%). Un 23.9% presentó dos o más episodios de HDA.

### DISCUSIÓN

El antecedente mórbido más frecuente fue enfermedad ulceropéptica (23.8%), aunque podría esperarse un descenso en la incidencia de HDA por causa ulcerosa debido al tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. El 23.9% presentó un episodio de resangrado siendo mayor a la estadística europea (15%). Concluimos que hacen falta estudios a nivel nacional para poder comparar tanto la población local como el manejo de cada establecimiento.

### PALABRAS CLAVES

Hemorragia, Epidemiología, *Helicobacter pylori*



## HIDATIDOSIS HEPÁTICA Y RENAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Melisa Noemí Díaz M. (1), Pricila Stefany Gallegos B. (1), María José Alegría P. (1), Alex Heinrich Luchsinger Sch. (1), Claudio Marcelo Nome F. (2)

1. Interno de Medicina.
  2. Médico Cirujano, Cirujano Infantil.
- Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

Hidatidosis es una zoonosis adquirida por la tenia del perro del género *Echinococcus*. Se presentan dos a tres millones de casos por año. En Chile existe una tasa de 1.4 por 100 mil habitantes, siendo la región de La Araucanía una de las mayormente afectadas. El compromiso hepático, pulmonar y renal son los más frecuentes. El compromiso primario renal así como la aparición en niños es infrecuente. El tratamiento de elección es la Quistectomía Completa. El tratamiento médico se considera terapia adyuvante.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 10 años de edad, presenta cuadro de tres años de evolución de dolor abdominal difuso asociado a deposiciones mucosanguinolentas, y baja de peso no cuantificada. Exámenes evidencian infección por *Entamoeba Coli*, tratado con Metronidazol. Persiste con sintomatología por lo que se solicita Ecografía abdominal informada con quistes hidatídicos hepático y renal izquierdo. Evaluado en Policlínico de Cirugía Infantil. Al examen físico enflaquecido, destaca palidez de piel y mucosas. Se realiza cirugía con técnica laparoscópica, vía transabdominal con quistectomía total. Evoluciona favorablemente, recibe tratamiento con albendazol.

### DISCUSIÓN

A pesar de ser una patología frecuente, es inusual la presentación simultánea de hidatidosis hepática y renal. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, presentando dolor, masa palpable, hidatiduria, hematuria, fiebre prolongada e hipertensión. No existen hallazgos específicos de laboratorio, la ecografía abdominal es el examen de elección. Por tanto es importante tener una alta sospecha y estudio adecuado. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, siendo la vía laparoscópica una opción segura y efectiva. Se debe educar a la población sobre medidas preventivas.

### PALABRAS CLAVES

Hidatidosis, Riñón, Laparoscopia.

## HIDROMETRA POSTMENOPAUSICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE QUISTE GIGANTE ANEXIAL.

Hugo Rodrigo Manriquez T. (1), Daniela Patricia Villarroel M. (1), Sebastian Nicolas Espinoza H. (1), Gabriela Marlene Zavala S. (1), Manuel Garcia G. (2)

1. Estudiante de Medicina
2. Medico Cirujano, Gineco-obstetra  
Hospital Augusto Riffart, Castro, Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

Colecciones intrauterinas postmenopáusicas no son un hallazgo tan infrecuente, dependiendo del contenido se denominan hidrometra, hematometra, mucometra o piometra. Generalmente cursan asintomáticas y son de pequeño tamaño, siendo detectadas en evaluaciones de rutina.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años, múltipara, sin antecedentes mórbidos. Referida a policlínico de ginecología por cuadro de 1 año de evolución de masa abdominal gigante de crecimiento progresivo, indolora, sin ascitis, sospechoso de proceso tumoral anexial.

Ecografía transvaginal muestra masa quística abdomino-pélvica de 156 x 170 mm, bilobulada tabicada. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis informa gran imagen quística pelviana compatible con tumor primario posiblemente anexial, sin signos de diseminación. Marcadores tumorales negativos. Se realiza laparotomía exploradora previa revisión del caso con onco-ginecología. Como hallazgo intaoperatorio se visualiza tumor uterino gigante, como embarazo de término, blando, se punciona dando salida a 2 lts de líquido citrino hemático. Se realiza histerectomía más salpingooforectomía bilateral, sin incidentes. Biopsia informa: útero y anexos atróficos, hematometra, endometritis crónica inespecífica y paraqueratosis exocervical, salpingitis crónica inespecífica y quiste paratubárico paramesonefrico en trompa izquierda.

### DISCUSIÓN

Hidrometra postmenopáusica ocurre frecuentemente por estenosis cervical en contexto de atrofia genital por déficit hormonal propio de esta etapa. Otras causas, adquiridas y menos frecuentes, son: cicatrización del istmo por sinequias, radiación, malignidad endocervical o post-quirúrgica.

Su relación con patología maligna es discutida, con reportes de 0 a 94%, siendo más relevante para su sospecha las características del endometrio circundante.

Dado el tamaño inusual presentado en el caso, la primera sospecha fue cáncer ginecológico, diagnóstico descartado por estudio histopatológico.

### PALABRAS CLAVES

Hidrometra gigante, neoplasia pélvica, tumor intra-abdominal gigante

## HIPOPITUITARISMO POST PARTO.

Camila Andrea Aravena D. (1), Luis Andrés Risco V. (1), Francisco Correa A. (1), Francisca Valencia H. (1), Dr. Adelqui Sanhueza M. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Internista
- Hospital de Pitrufquén, Universidad Mayor, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

El hipopituitarismo es el resultado de la disminución en la secreción parcial o total de hormonas hipofisarias. Una de sus causas es el Síndrome de Sheehan, hipopituitarismo postparto causado por necrosis isquémica de la adenohipófisis, resultado de hipotensión severa por hemorragia masiva durante o después del parto. Su evolución es lenta y el diagnóstico generalmente tardío. Los síntomas se manifiestan años después del sangrado obstétrico, con amenorrea, esterilidad, disminución del vello axilar y púbico, astenia, pérdida de masa muscular, intolerancia al frío, y anemia.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 32 años, con antecedente de hemorragia severa en su último parto. Presenta cuadro de 7 años de evolución caracterizado por intolerancia al frío, bradipsiquia, astenia severa, dolores musculares generalizados y sequedad de piel, posterior a último parto. Se hospitaliza por posible Hipopituitarismo y sospecha de Síndrome de Sheehan. Se solicitan niveles de cortisol, hormonas tiroideas, gonadales, todas en rangos bajos y Resonancia magnética de silla turca. Se maneja con prednisona y levotiroxina con favorable respuesta.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico es principalmente clínico. Además, requiere la demostración de deficiencia corticoadrenal, tiroidea y gonadal. En cuanto a tratamiento, las carencias hormonales se tratan con la administración de las hormonas deficitarias propias de los órganos afectados. Es importante un diagnóstico precoz, ya que la pérdida aguda de la función de la adenohipofisis puede ser letal sin terapia de reemplazo hormonal, la cual se debe iniciar incluso antes de tener una confirmación diagnóstica.

### PALABRAS CLAVES

Hipopituitarismo, Síndrome de Sheehan, hipófisis.

## HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO URETERAL.

Francesco Compagna B. (1), Felipe Gómez L. (1), Edgard Ibáñez G. (1), Iván Morales B. (1), Carlos Torrejón V. (2)

1. Interno de Medicina
  2. Médico Cirujano, Urólogo
- Hospital San José de Victoria, Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

El histiocitoma fibroso maligno (HFM) es el tumor de tejidos blandos más frecuente en adultos. La mayor prevalencia ocurre entre la quinta y sexta década de la vida. Presenta cierta predilección por el sexo masculino y se localiza preferentemente en extremidades, sin embargo, su ubicación primaria en tejido urotelial es extremadamente rara.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Varón 83 años de edad consulta por hematuria macroscópica, asociado a dolor sordo en hipogastrio. Se solicita Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis sin contraste: quiste cortical renal izquierdo e hidroureteronefrosis izquierda. Biopsia: En el estudio macroscópico: Lesión tumoral principal en fragmento de uréter izquierdo, mide 14x13 centímetros, se observa a 4 centímetros del riñón. En el estudio microscópico: Uréter de estructura distorsionada por proliferación neoplásica maligna, de patrón de crecimiento infiltrativo. Al estudio inmunohistoquímico se observa positividad frente Anticuerpo Vimentina, Fli-1 y MART-1/Melan-A, concluyendo patrón inmunohistoquímico y anatomopatológico de sarcoma poco diferenciado, compatible con HFM.

### DISCUSIÓN

Los tumores del tracto urinario alto son alrededor de un 5% de todas las neoplasias uroteliales. En la actualidad, sólo un número limitado de casos HFM se han identificado en los órganos urogenitales. Histológicamente estas neoplasias se caracterizan por su amplio pleomorfismo y por la presencia de histiocitos y células fibroblásticas. Su diagnóstico es realizado en base de su morfología macroscópica, microscópica asociado a inmunohistoquímica. El tratamiento de elección es la cirugía con márgenes de resección amplios, siendo la radioterapia y quimioterapia tratamientos complementarios.

### PALABRAS CLAVES

Histiocitoma, Inmunohistoquímica, Urotelio.

## INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA POR ACETANOMIFEN.

Manuel Alvarez O (1), Franco Ferretti Z (1), Jaime Leñero N (1), Ana Palma P (1), Dr. Alban Cortes L (2)

1. Estudiante Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Temuco
2. Médico Cirujano, Unidad Paciente Crítico, Hospital Lautaro, Lautaro  
Unidad Paciente Crítico Hospital de Lautaro, Universidad Mayor Temuco, Lautaro.

### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia hepática aguda por acetanomifén es una entidad clínica potencialmente mortal, que puede llevar rápidamente a la falla hepática fulminante, con necesidad de trasplante hepático como única alternativa terapéutica. Su tratamiento precoz es el mayor determinante en el pronóstico del paciente.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 42 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en Servicio Urgencias de Alta Resolución Lautaro por dolor abdominal y náuseas, después de intento de autólisis 3 días previos, donde ingirió 50 comprimidos de Paracetamol 500 mg. Al laboratorio: GOT: 2500, GPT: 3940, FA: 135, Bilirrubina total: 3.49, Bilirrubina directa: 2.01, TP: 28% INR: 2.76 Crea: 0.89. Ingresó a Unidad Paciente Crítico Hospital Lautaro, en regulares condiciones generales, sin alteración del sensorio. Se activa red de trasplante nacional por falla hepática aguda con rápido deterioro de parámetros de laboratorio, con INR que va de 2.76 a 7.45 en menos de 7 horas, sin embargo, no cumple criterios. Pese a consulta tardía se decidió administración de N-acetilcisteína (NAC) 9.5 gramos en bolo, luego 4.8 gramos cada 4 horas hasta completar 17 dosis, bajo estrecha vigilancia hemodinámica. Desde el día siguiente a la administración de NAC, presenta mejoría en parámetros de función hepática, transaminasas, pruebas de coagulación y función renal.

### DISCUSIÓN

En el enfrentamiento de los pacientes con insuficiencia hepática aguda por paracetamol es fundamental el reconocimiento de factores que indiquen gravedad, lo más importante sigue siendo la administración, de la forma más precoz posible, de NAC.

### PALABRAS CLAVES

Fallo hepático, acetanomifeno, intoxicación.

## INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL POR HIDRONEFROSIS BILATERAL SEVERA EN PACIENTE JOVEN.

Camila Fernanda Riffo G. (1), José Alberto Ceballos V. (1), Anastassia Catalina Gallardo B. (1), Teresa Alejandra Álvarez M. (1), Dr. Miguel Ángel Aguilar L. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Cirujano, Urólogo
- Hospital San José de Victoria, Universidad Mayor, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

La hidronefrosis secundaria a la unión pieloureteral es una disfunción progresiva que puede llevar hacia el deterioro renal. La mayor incidencia de los diagnóstico ocurre en la tercera y cuarta década de la vida. Después de la infancia los síntomas predominantes son dolor de tipo cólico localizado en flanco y fosa lumbar, hematuria e infecciones urinarias. Presentamos este caso por ser una patología oligosintomática silente de gran severidad en un paciente joven.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 23 años sin antecedentes mórbidos, presenta un cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal difuso, asociado a vómitos, intolerancia alimentaria, ictericia en piel y mucosas, sin molestias urinarias. En los exámenes de laboratorio se obtiene un recuento leucocitario  $3.6 \times 10^3$  U/L, hematocrito 26%, hemoglobina 8.8g/dl, creatinina 6.5mg/dl, urea 150mg/dl, nitrógeno ureico 70mg/dl. Al examen físico el paciente esta hipertenso, afebril y oligoanúrico. En el hipocondrio y hemiabdomen izquierdo se encuentra una gran masa indolora que se interpreta como esplenomegalia por lo que se solicita ecografía, que evidencia una Hidronefrosis bilateral (izquierda grado IV y derecha grado III), que impresiona estenosis de la unión pieloureteral. A pesar del cateterismo con pigtail el paciente persiste con velocidad filtración glomerular de 11.4ml/min/1.73m<sup>2</sup>, terminando en terapia de sustitución renal.

### DISCUSIÓN

Los exámenes de laboratorio alterados son inespecíficos pero indicativos de insuficiencia renal, siendo la ecografía confirmatoria. Es fundamental tener un alto índice de sospecha clínica para el diagnóstico de hidronefrosis, ya que su persistencia en el tiempo puede llevar a una insuficiencia renal irreversible por daño parenquimatoso.

### PALABRAS CLAVES

Hidronefrosis, Insuficiencia renal, Esplenomegalia

## INVAGINACIÓN INTESTINAL IDIOPÁTICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

Cristóbal Andrés Pineda E. (1), Ignacio Hernán Pineda E. (1), Paulina Daniela Velásquez F. (1), Camila Andrea Barra T. (1), Dr. Cristian Leonardo Riffo C. (2)

1. Estudiante de Medicina
2. Médico Cirujano, Residente Neurocirugía  
Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera, Temuco  
Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una patología infrecuente en el paciente adulto, y representa 1 a 5% de los casos de obstrucción intestinal mecánica. Clínicamente se puede presentar con dolor abdominal intermitente u obstrucción intestinal, siendo la resección quirúrgica el tratamiento de elección, que además permite esclarecer la patología subyacente.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo femenino 69 años, sin antecedentes mórbidos conocidos. Consultó en el servicio de urgencias del Hospital Hernán Henríquez Aravena por cuadro de 4 días de evolución progresiva de dolor abdominal en hemiabdomen inferior, asociado a distensión abdominal y ausencia de deposiciones. Al examen físico se identificó una masa palpable de 10 cm en fosa iliaca izquierda. Se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con contraste, que evidenció un engrosamiento parietal del colon con imágenes en diana, por lo que se planteó el diagnóstico de invaginación intestinal y se realizó cirugía de Hartmann. Paciente evolucionó favorablemente. Se dio de alta. Posteriormente la biopsia confirmó el diagnóstico de una invaginación intestinal idiopática.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico reviste un desafío para el clínico dado su baja incidencia en el adulto y su presentación clínica inespecífica, requiriendo de un alto índice de sospecha. Debido a que la invaginación intestinal en adultos generalmente tiene una causa subyacente, siendo en la mitad de las ocasiones una patología maligna, la resección sin reducción es el tratamiento más recomendado, por lo que fue elegido en esta paciente.

### PALABRAS CLAVES

Adulto, Invaginación intestinal, Obstrucción intestinal.

## LATRODECTISMO.

Gabriel Ignacio Valdés V. (1), Dominic Aimee Reyes A. (1), Elizabeth Carolina Figueroa Z. (1), Catalina Andrea Astroza H. (1), Felipe Vallejos M. (2)

1. Estudiante de Medicina.
  2. Médico cirujano, Internista.
- Hospital San José de Victoria, Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

El latrodectismo es un cuadro sindromático producido por mordeduras de arañas del género *Latrodectus*. En Chile, el agente causal es *Latrodectus mactans*. El latrodectismo es más frecuente en el sexo masculino, entre los 10 y 39 años, siendo los sitios de mordedura más frecuentes: extremidades inferiores y superiores. Las *Latrodectus* producen una neurotoxina que actúa a nivel del sistema neurovegetativo provocando efectos simpáticos y parasimpáticos, liberando además acetilcolina en corteza cerebral, en las placas neuromusculares y a nivel ganglionar.

### PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años es llevado a urgencias por presentar dolor en extremidades superiores, asociado a intenso compromiso general, diaforesis, agitado, con dolor abdominal poco caracterizado. Responde a analgesia potente, morfina y Lorazepam, siendo ingresado con Diagnóstico de Cólico Renal – Abstinencia alcohólica. Durante el día evoluciona hacia el compromiso general, intensa diaforesis, taquicárdico, subfebril, con agitación psicomotora persistente, laboratorio destaca leucocitosis, creatinina total 1214. Se traslada a cuidados intensivos donde se aprecia diaforético, mal perfundido, llene capilar > 4 segundos, oligúrico, con agitación psicomotora, se instala catéter venoso central. Destaca además edema periorbitario, inyección conjuntival, sin signos de irritación meníngea, tembloroso, con priapismo. Se inicia ceftriaxona empírica y se volemiza. Paciente evoluciona favorablemente y da información de picadura de araña en la espalda.

### DISCUSIÓN

El latrodectismo es una enfermedad poco común, pero hay que tenerla presente sobre todo en pacientes rurales. Se debe tener un alto nivel de sospecha, ya que si el paciente no es bien tratado puede tener serias complicaciones como falla renal, trombosis venosas e incluso la muerte.

### PALABRAS CLAVES

*Latrodectus mactans*; priapismo; agitación psicomotora.



## LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES.

Francisco Andrés Correa A. (1), Tyare Fuentes G. (1), Camila Aravena F. (1), Luis Andres Risco V. (1), Dr. Luis Correa D. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Cirujano, Cirujano
- Hospital Victor Ríos Ruiz, Los Ángeles

### INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos son la segunda causa de muerte en Chile después de las enfermedades cardiovasculares, siendo los linfomas la neoplasia hematológica más frecuente en el adulto. Se pretende reseñar un caso desde el punto de vista de su manejo y evolución.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenino de 24 años, con antecedentes de genopatía inespecífica y discapacidad intelectual leve. Presenta cuadro de 3 meses caracterizado por baja de peso, sudoración nocturna y dolor en hemiabdomen superior. Se realiza ecotomografía abdominal que evidencia masa sólida mesentérica. Se decide hospitalizar para estudio donde se realiza endoscopia digestiva alta la cual muestra neoplasia gástrica corporal de tercios distales avanzado Bormann IV, se toma biopsia concluyente en linfoma difuso de células B grandes. Es dada de alta con indicación de quimioterapia y control en oncología.

Dos días post quimioterapia, evoluciona con compromiso del estado general, taquicardia, hipotensión, ascitis y dolor intercostal. Se evalúa por cirugía, sugiriendo laparotomía de salvataje. Se realiza gastrostomía con resección diferida y se maneja como shock séptico de foco abdominal. Posterior a primera intervención se realizan hasta la fecha cinco laparotomías, evidenciándose compromiso tumoral de retroperitoneo sobre páncreas y cara posterior gástrica con bazo isquémico, realizándose gastrectomía, esplenectomía e instalación de esofagostomía y duodenostomía con drenaje tipo blake.

Actualmente paciente se encuentra estable en la unidad de tratamiento intermedio, reiniciando ciclos de quimioterapia.

### DISCUSIÓN

El Linfoma difuso de células grandes B es un subtipo de linfoma de comportamiento agresivo, el cual requiere un manejo multidisciplinario para su correcto abordaje.

### PALABRAS CLAVES

Linfoma, laparotomía, quimioterapia

## LUXACIÓN PERITALAR SIN FRACTURA.

Lucía Currin R. (1), Stephanie Guidotti C. (1), Josefina Illanes M. (1), Jorge Pulgar A. (2)

1. Estudiantes Medicina,
2. Médico Cirujano, Becado Traumatología.  
Universidad Mayor, Temuco, Chile.  
Hospital San José, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas de miembro inferior, corresponden a patologías frecuentes, especialmente en pacientes jóvenes. Dentro de éstas la luxofractura de tobillo; causante de gran inestabilidad de la extremidad y graves consecuencias sin tratamiento oportuno. Excepciones son luxaciones sin fractura asociada, entidad rara, poco descrita, a considerar como diagnóstico diferencial.

### CASO CLÍNICO

Hombre 21 años, sufre accidente en motocicleta con inversión forzada de tobillo derecho al golpear dorso del pie con pedal. Al examen hay deformidad tobillo, dolor y aumento de volumen, con examen neurovascular conservado. Radiografías muestran luxación posteromedial de tobillo sin fractura asociada, integridad sindesmal y posible avulsión de fibula; realizándose diagnóstico de Luxación posteromedial de tobillo derecho.

En urgencias se realiza reducción con maniobra de tracción longitudinal y lateralización del retropié, con alivio inmediato. Se comprueba estabilidad articular, dejándose inmovilización con valva de yeso bota corta.

A las 6 semanas de evolución: sin dolor, remisión completa de edema, reintegrándose laboralmente.

### DISCUSIÓN

La luxación de tobillo sin fractura asociada es poco frecuente con escasos reportes en literatura. Esta lesión ocurre principalmente por trauma de alta energía, con mecanismo de inversión asociado a carga axial con pie en flexión plantar máxima, ya que mortaja sería más inestable, siendo los ligamentos talo-fibular y calcáneo-fibular, los más lesionados. Las luxaciones se consideran una urgencia traumatológica, por lo que frente a su sospecha, poco frecuente en este caso, debemos dirigidamente buscar lesiones o complicaciones asociadas y complementar con estudios imagenológicos (realizar diagnóstico y descartar fractura); siendo 50% de los casos expuestas.

### PALABRAS CLAVES

Traumatismo, Tobillo, Luxación.

## MANEJO DE CARCINOMA EPIDERMOIDE EN CUERO CABELLUDO.

Sandra Diana Miranda S. (1), Nicole Boggen R. (1), Marliz Buck K. (1), Giovanni Ghisellini S. (1), David Rioseco M. (2)

1. Estudiante de Medicina Séptimo año
2. Médico cirujano, Cirugía General  
Hospital Mauricio Heyermann, Angol, Universidad Mayor, Temuco

### INTRODUCCIÓN

Carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente y su incidencia va en aumento. La mayoría de éstos se resuelve de forma quirúrgica mediante exéresis de la lesión, pero alrededor de 5% se presenta de alto riesgo y requiere tratamiento adyuvante. La técnica quirúrgica dependerá de características y localización anatómica de la lesión además de condición dérmicas del paciente.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 72 años con lesión única en cuero cabelludo, de aspecto tumoral sin alteraciones pigmentarias, centro activo, bordes definidos, superficie verrugosa, de 5x5x2 cm en sus diámetros mayores, aproximadamente 1 año de evolución. Examen físico sin adenopatías, se realiza ecografía de partes blandas con ganglios negativos. Previo exámenes preoperatorios se procede a biopsia excisional del tumor respetando márgenes de resección, se dibuja doble colgajo en espejo con azul de metileno, se talla sobre cuero cabelludo, disección subgaleal de colgajos manteniendo rica red vascular, posteriormente rotación y aproximación de éstos, previa disección de tejidos adyacentes del mismo plano. Cierre en un plano de área medial de avance y de zonas donantes. Los resultados en el postoperatorio inmediato no evidencia necrosis de colgajos. Al mes se observa cobertura estable, con un resultado estético excelente.

### DISCUSIÓN

El colgajo en espejo permite cubrir defectos pequeños y moderados en un único tiempo quirúrgico. La reconstrucción con este colgajo nos parece óptima para la cobertura de defectos en el cuero cabelludo, debido al componente mixto de movimiento y máxima obertura que el colgajo en espejo puede ofrecer.

### PALABRAS CLAVES

Carcinoma epidermoide, colgajo, técnica quirúrgica.

## METASTASIS CEREBRAL SOLITARIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CÁNCER RENAL DE CELULAS CLARAS (CRCC).

Cristian Uribe C. (1), Pamela Del Campo M. (1), Constanza Fritz U. (1), Camila Gutiérrez G. (1), Dr. Gianfranco Innocenti J. (2)

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción
2. Médico cirujano, residente de urología, Universidad de Concepción  
Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB), Universidad de Concepción, Concepción

### INTRODUCCIÓN

El CRCC corresponde al 80% de las neoplasias renales primarias y al momento del diagnóstico un 16% de los pacientes ya tienen metástasis, siendo las cerebrales infrecuentes (3,9- 13,2%) y de mal pronóstico, generalmente únicas y de localización hemisférica. En estos casos es frecuente el debut con síntomas neurológicos, desviando el proceso diagnóstico.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer, 60 años, consulta en urgencias HGGB por cuadro de 8 días de paresia fasciobraquial izquierda, asociada a cefalea intermitente y pérdida de peso de 20 kilogramos en 6 meses. Se realiza Tomografía Axial Computada (TAC) cerebral que muestra lesión expansiva intra-axial frontal derecha asociada a edema perilesional. Se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis que muestra masa renal izquierda, de aspecto neoplásico con deformación del sistema excretor ipsilateral. Se completa estudio con Resonancia Magnética cerebral que confirma hallazgos del TAC y muestra realce irregular luego de gadolinio, sugerente de origen secundario. Se realiza exéresis macroscópicamente completa de tumor cerebral. Biopsia informa carcinoma metastásico, con células claras. Se plantea resección quirúrgica del tumor primario, pero paciente rechaza cirugía, decidiéndose alta.

### DISCUSIÓN

Respecto al tratamiento ideal del CRCC metastásico cerebral no existe criterio unánime. En el caso de metástasis solitaria se recomienda la exéresis quirúrgica complementada con radioterapia. En un estudio revisado con 69 pacientes a los que se les realizó cirugía estereotáxica por metástasis cerebral de CRCC lograron control local en 96% con una media de prolongación de la supervivencia de 15 meses, si a esto se añade la extracción del tumor primario.

### PALABRAS CLAVES

Cáncer renal, metástasis, supervivencia

## MIELOMA MÚLTIPLE (MM) SINTOMÁTICO CON PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN PACIENTE JOVEN.

Matías Sebastian Nahuelpán S. (1), Ignacio Hernán Pineda E. (1), Paulina Daniela Velásquez F. (1), Jorge Alejandro Olivares L. (1), Diego Esteban González C. (2)

1. Estudiante de Medicina
2. Médico Cirujano, Residente Radiología.  
Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

El MM constituye una proliferación maligna de células plasmáticas derivadas de un solo clon. Representa el 1% de todas las neoplasias. La edad promedio al diagnóstico es de 68 años, siendo solo el 2% menores de 40 años. Puede ser asintomático o causar diversos síntomas sistémicos. Los plasmocitomas extramedulares (EP) se observan en aproximadamente 7% de pacientes al momento del diagnóstico; su presencia se asocia con inferior supervivencia.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 39 años, sexo masculino, que ingresa en servicio de Medicina del Hospital Hernán Henríquez Aravena a principios de 2016 por tres semanas de dolor interescapular. Se realiza radiografía de tórax destacando ensanchamiento mediastínico. Se solicitó escáner de tórax, revelando masa retroesternal de 15 centímetros en estrecha relación con grandes vasos. Durante hospitalización evoluciona con deterioro de función renal, requiriendo ingresar a hemodiálisis. Se realizó toracotomía exploradora; biopsia de masa mediastínica informó células plasmocitarias. Ante esto, se decide realizar biopsia de médula ósea y serie radiológica de huesos largos, con hallazgos compatibles con MM sintomático. Inicia tratamiento con quimioterapia con buena evolución. Actualmente paciente sin requerimiento de diálisis, con controles ambulatorios.

### DISCUSIÓN

El MM es una enfermedad que se ha caracterizado por afectar con mayor frecuencia a las personas mayores de 65 años, siendo infrecuente su aparición en pacientes entre 30-50, resaltando la novedad científica del caso presentado y la importancia de la sospecha clínica en los distintos grupos etarios. Además la presencia de PE constituyen claros indicios de agresividad y peor pronóstico, llamando la atención la buena evolución clínica del paciente.

### PALABRAS CLAVES

Mieloma Múltiple, Paraproteinemias, Plasmacitoma.

## MIOCARDITIS POR VIRUS INFLUENZA A H1N1, CON PATRON ELECTROCARDIOGRAFICO Y ECOCARDIOGRAFICO DE MIOCARDIOPATIA INFILTRATIVA.

Jorge Alejandro Olivares L. (1), Matias Sebastian Nahuelpan S. (1), Jose Miguel Osses O. (1), Catalina Isabel Gonzalez S. (1), Daniela Paz Seco V. (2)

1. Estudiante de Medicina
2. Medico Cirujano, Residente Medicina Interna  
Hospital Hernan Henriquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco

### INTRODUCCIÓN

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda causada por virus influenza A o B que cursa con signos y síntomas de las vías respiratorias, junto con indicios de enfermedad sistémica como astenia, adinamia, fiebre, dolor de cabeza y mialgias. La miocarditis y la pericarditis se han considerado generalmente complicaciones raras.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Hombre de 48 años previamente sano, inicia dolor retroesternal tipo opresivo asociado a cefalea. Ingresa inestable hemodinámicamente, requiriendo apoyo con oxígeno y drogas vasoactivas. Se inicia estudio cardiológico evidenciando enzimas cardiacas elevadas, electrocardiogramas seriados con supradesnivel en V1 y V2 no categórico y complejos de amplitud disminuida. Ecocardiograma con función global disminuida asociado a proceso miocárdico infiltrativo. PCR para virus Influenza A H1N1 positiva. Se planteo el diagnostico de miocarditis por virus influenza. Se inicio manejo de soporte en unidad de cuidados intensivos, asociado a oseltamivir. Paciente evoluciona favorablemente, con disminución progresiva de requerimientos de oxígeno y drogas vasoactivas.

### DISCUSIÓN

El curso clínico de la miocarditis por influenza varía desde la infección asintomática hasta la miocarditis fulminante, shock cardiogénico o la muerte. Aunque la miocarditis asociada a la gripe tiene una elevada tasa de mortalidad, los supervivientes tienen un resultado excelente en comparación con los individuos que contraen otros tipos de miocarditis viral aguda. En la miocarditis viral aguda, el tratamiento sigue siendo de apoyo. La administración temprana de oseltamivir oral aumenta los beneficios del tratamiento de la gripe, sin embargo, no se ha demostrado que mejore los resultados en pacientes con manifestaciones cardiovasculares.

### PALABRAS CLAVES

Miocarditis, Influenza A, Oseltamivir.

## MIOSITIS AGUDA BENIGNA DE LA INFANCIA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE INFLUENZA TIPO B.

Leslie Aguilera R. (1), Soledad Ureta F. (1), Daniel Venegas Q. (1), John Ramírez E. (1), María del Pilar Fuertes C. (2)

1. Interno de Medicina, 7mo año  
2. Médico Pediatra  
Hospital Naval Almirante Adriaola, Universidad San Sebastián, Concepción

### INTRODUCCIÓN

Miositis aguda benigna de la infancia (MABI) corresponde a un cuadro infrecuente, autolimitado y benigno que se presenta en niños de edad pre-escolar y escolar asociado a cuadros respiratorios de etiología viral. Se caracteriza por dolor súbito e intenso en pantorrillas junto con la elevación de la enzima muscular creatincinasa (CK) (4)

### PRESENTACIÓN DE CASO

Escolar de 6 años, sexo masculino, previamente sano, consulta servicio de urgencia por dolor súbito, intenso, de 6 horas de evolución en ambas pantorrillas que le impide caminar y ponerse de pie, sin antecedente de traumatismo ni ejercicio físico intenso en días anteriores. Refiere haber presentado fiebre (38,5°C) hace tres días, asociado a tos y coriza.

Al examen físico: afebril, faringe congestiva, murmullo pulmonar presente con roncus aislados en ambos campos pulmonares. Dolor a la palpación y movilidad activa de ambas piernas, que aumenta a la dorsiflexión del pie.

Exámenes de laboratorio que destacan hemograma normal, proteína C reactiva (PCR) levemente aumentada (5), CK 1400, gases en sangre venosa normales, panel IFD: positivo para influenza tipo B.

Se maneja con hidratación y analgesia con paracetamol, obteniendo mejoría clínica al día siguiente y disminución de CK a los dos días del ingreso.

### DISCUSIÓN

Pese que la MIBE es un cuadro alarmante con presentación clínica clásica, no siempre es adecuadamente reconocido por el personal de salud. Se requiere cierto grado de sospecha y su diagnóstico se puede corroborar con adecuada anamnesis y exámenes de laboratorio básicos.

### PALABRAS CLAVES

Influenza tipo B, pediatría, creatincinasa

## NEURITIS ÓPTICA COMO MANIFESTACIÓN DE NEUROSÍFILIS EN ADULTO CON ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA POSITIVOS.

Diego Gerónimo Bolado B. (1), Víctor Emilio Au C. (1), Nicole Andrea Canario S. (1), María Victoria Calonge L. (1), Dr. Felipe Ignacio Condeza R. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Cirujano, Residente Neurología
- Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción, Concepción

### INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones oculares de sífilis representan el 3% de ésta, siendo la neuritis óptica poco frecuente. Las consecuencias del retraso de tratamiento y la buena respuesta terapéutica a éste obligan a una actitud activa ante su sospecha clínica. Los anticuerpos anticardioplipina pueden detectarse tanto en síndrome antifosfolípido como en sífilis con VDRL positivo.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 41 años sin antecedentes mórbidos, consulta en Hospital Guillermo Grant por dos semanas de disminución de agudeza visual altitudinal inferior en ojo derecho. Sin otra focalidad neurológica. Oftalmología evidencia edema de papila derecha, sospechándose neuritis óptica. Tomografía axial de cerebro sin hallazgos patológicos. Paciente no tolera técnica de resonancia magnética(RM). Se indica metilprednisolona 500mg cada 12h por 5 días. Laboratorio informa: ANA(+)1/80, VHS10, hemograma normal, niveles vitamina B12 normales, virus hepatotropos(-), VIH(-), VDRL(+)1/64, anticuerpo anticardioplipina IgG positivo a 21.5U/mL, IgM dudoso a 11.5U/mL. Examen físico sin signos de sífilis, niega factores de riesgo. Se aplaza tratamiento anti-treponémico hasta tener prueba confirmatoria, sospechándose VDRL(+) estaría en contexto de patología autoinmune. Se sospecha síndrome antifosfolípido, solicitándose anticoagulante lúpico y anticuerpo anti-beta2-microglobulina; resultan negativos. RM cerebro y órbitas más angiografía no evidencia hallazgos patológicos. Se recibe examen treponémico confirmatorio: ensayo de microhemaglutinación(MHA-TP) reactivo, confirmándose sífilis. Se indica tratamiento con penicilina sódica 4000000U cada 4h por 14 días. Evoluciona sin cambios clínicos.

### DISCUSIÓN

Se presenta un caso con dificultad en la definición etiológica del diagnóstico (autoinmune versus sífilis). Ante VIH negativo y exámenes de laboratorio inmune no concluyentes fue necesario profundizar con medición de nuevos anticuerpos y examen treponémico confirmatorio.

### PALABRAS CLAVES

Neurosífilis, Neuritis Óptica, Anticuerpos anticardioplipina



## OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA CAUSADA POR TRICOBEOAR GIGANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Alexander Andrés Roco A. (1), Catalina Paz Montes B. (1), Nicole Andrea Roldán G. (1), María Elena Gómez F. (2), Eduardo Gómez L. (3)(4)

1. Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
2. Estudiante de Odontología, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
3. Cirujano infantil, Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Base Valdivia, Valdivia.
4. Profesor adjunto, Universidad Austral de Chile, Valdivia.  
Hospital Regional Base de Valdivia, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

### INTRODUCCIÓN

Los bezoares son colecciones de material extraño indigerible, acumulables en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, de preferencia en estómago. Pueden presentarse de forma asintomática por un largo período antes de consultar. Aquellos compuestos por pelos ingeridos se denominan tricobezoares. El diagnóstico puede ser sospechado en mujeres jóvenes con importante pérdida de peso que niegan tricofagia.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de adolescente de 13 años que consulta en unidad de emergencia de Hospital Base Valdivia por cuadro de dolor abdominal, masa palpable epigástrica y compromiso del estado general de varias semanas de evolución. Se hospitaliza sospechando abdomen agudo. Imagen tomográfica evidencia bezoar en estómago, por lo que es intervenida quirúrgicamente con laparotomía exploradora extrayéndose un tricobezoar gástrico de 15 cm de diámetro mayor. La paciente no tuvo complicaciones post operatorias y fue derivada al Servicio de Psiquiatría infantil al egreso.

### DISCUSIÓN

Esta interesante patología es de rara ocurrencia, sin datos claros de su incidencia, pero con potencial gravedad y fatalidad si no se trata a tiempo, constituyendo una emergencia quirúrgica al momento del diagnóstico. Se consideran factores predisponentes independientes de tricofagia la disminución de peristaltismo, pH gástrico bajo y mucosa gástrica alterada. Se describen tres formas de terapia: disolución química, remoción quirúrgica y remoción endoscópica. La elección se basa en el tamaño y estado general del paciente, siendo el objetivo de éste su remoción y prevención de recurrencia. Hasta un 50% de los casos se asocia a tricotilomanía y tricofagia objetivable, por lo que la evaluación por psiquiatra es fundamental.

### PALABRAS CLAVES

Abdomen agudo, Adolescente, Bezoares.

## PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIO A USO DE TIROSOL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BASEDOW-GRAVES.

Alfredo Geraldo V. (1), Leslie Valesca Aguilera R. (1), Paula Fernanda Rojas T. (1), Dr. Felipe Antonio Carballal V. (2)

1. Interno de Medicina  
2. Médico Cirujano, Internista  
Universidad San Sebastián, Concepción,  
Departamento de Medicina Interna, Complejo Asistencia Víctor Ríos Ruíz, Los Ángeles

### INTRODUCCIÓN

Pancreatitis aguda (PA) es una patología médico quirúrgica frecuente, con una incidencia mundial de 4.9 a 35 por cada 100.000 habitantes, atribuible a diversas etiologías, siendo considerada la causa medicamentosa como diagnóstico de descarte, con una incidencia de 0.3 a 1,4% de los casos.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 32 años con antecedente de hipertiroidismo y orbitopatía bilateral por Enfermedad de Basedow Graves (BG), en tratamiento con tirozol desde hace tres meses, acude a servicio de urgencia por cuadro clínico compatible con PA de 2 días de evolución. Exámenes de ingreso destacan amilasa: 286mg/dl, lipasa: 995mg/dl, leucocitos: 11.610, niveles de calcio y triglicéridos en rangos normales. Se descarta causa biliar y consumo de alcohol, iniciándose manejo de PA. Se decide suspender tirozol por sospecha de etiología medicamentosa, manejándose BD con propranolol de forma transitoria.

Presenta buena respuesta a tratamiento, realimentándose sin problemas, decidiéndose reiniciar tratamiento con tirozol. Al día siguiente comienza con vómitos alimentarios y dolor abdominal en banda, controlándose con lipasa: 514mg/dl. Constatándose reagudización de PA.

### DISCUSIÓN

Fue posible corroborar reacción adversa a tirozol mediante reagudización de síntomas y parámetros de laboratorio concordantes con PA, siendo esto un problema para el manejo de BD al descartar terapia con Propiltiouracilo y Iodo 131 por Orbitopatía hipertiroidea y los riesgos oculares subsecuentes al procedimiento. Se decide la resolución quirúrgica mediante Tiroidectomía Total, siendo realizada con éxito.

### PALABRAS CLAVES

Pancreatitis aguda, tirozol, Basedow-Graves

## PERITONITIS SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO.

Enzo Sebastián Pellizari D. (1), Constanza Melisa Pinilla D. (1), José Miguel Osses O. (1), Natalia Ignacia Rolack M. (1), Daniela Paz Seco V. (2)

1. Interno de medicina
2. Médico Cirujano

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

### INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del tracto gastrointestinal. Su incidencia es baja, siendo más frecuente en hombres. Habitualmente asintomático, la presencia de síntomas obedece al desarrollo de complicaciones. Se reporta caso de abdomen agudo, diagnosticándose en el intraoperatorio peritonitis secundaria a divertículo de Meckel complicado.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 12 años, masculino, refiere dos días de dolor abdominal y vómitos, sin otra sintomatología. Al examen físico quejumbroso, deshidratado, temperatura axilar 37,1°C, frecuencia cardíaca 91 latidos por minuto. Abdominal con ruidos hidroaéreos disminuidos, sensible a la palpación, mayor en fosa ilíaca derecha, resistencia muscular y Blumberg.

Exámenes: Leucocitos 27.400 /mm<sup>3</sup> con neutrofilia, PCR 60,4 mg/L. Ante sospecha de peritonitis apendicular se decide intervenir. Durante cirugía destaca apéndice sano, encontrando divertículo de Meckel necrosado, el cual se reseca. Biopsia informa infartación hemorrágica de divertículo. Paciente es dado de alta en buenas condiciones luego de completar 7 días de antibioticoterapia triasociada, sin nuevas complicaciones en su seguimiento.

### DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es poco frecuente, habitualmente asintomático. La sintomatología puede ser indistinguible de la que se presenta en otras patologías gastrointestinales, y no existen exámenes que faciliten su diagnóstico. Respecto al caso presentado, la anamnesis, el examen físico y los exámenes de laboratorio apuntaban a una peritonitis apendicular, que requería un manejo quirúrgico inmediato, por lo que la conducta fue adecuada. Si bien, la probabilidad de encontrar una diverticulitis de Meckel durante el acto quirúrgico de una peritonitis es baja, es importante recordar este diagnóstico diferencial.

### PALABRAS CLAVES

Divertículo de Meckel, Diverticulitis, Peritonitis.

## PIODERMA GANGRENOSO.

Daniela Ortega R. (2), Stephanie Luchsinge S. (2), Consuelo Olave B. (2), Katherinne Baer Z. (2), Dr. Matias Gomez F. (1)

1. Medico MGZ
2. Estudiantes medicina Universidad Mayor Temuco  
Hospital Clínico Universidad Mayor, Universidad Mayor, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

Pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea crónica, ulcerativa y dolorosa, no tumoral, no infecciosa, de etiología e incidencia desconocida. El 50% relacionado con enfermedad sistémica. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se confirma con biopsia, la cual revela un infiltrado neutrofílico en la dermis. No existe relación entre el compromiso cutáneo y sistémico.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 26 años, masculino, con antecedentes de lesión pustulosa de gran diámetro, dolorosa, de aparición súbita en extremidades inferiores hace 3 años. Reinicia cuadro, en pierna derecha, sufriendo extensión de su lesión, volviéndose ulcerativa con fondo fibrino-purulento, exponiendo tejido muscular.

Exámenes de laboratorio destacan leucocitos: 25.000 ul y PCR: 330,2 mg/L. Fiebre e hipotensión. Sin evidencia de linfangitis ni adenitis.

Inmunológicos, colonoscopia, bioquímico y Scanner, sin hallazgos.

Se realizó biopsia intraoperatoria: Ulcera cutánea con paniculitis mixta neutrofílica, sugerente de Pioderma gangrenoso. Por lo cual se inició corticoterapia mantenida, lo cual limitó las lesiones. Finalmente fue enviado a Cirugía Plástica para resolución definitiva.

### DISCUSIÓN

Pioderma gangrenoso es un diagnóstico de descarte, por su ambigua presentación clínica, con confirmación histopatológica.

El tratamiento se basa en corticoides, pudiendo requerir inmunomoduladores como la ciclosporina A. La duración del tratamiento es una incógnita, por lo cual es de retiro progresivo, hasta resolución total de lesiones.

Por su alta recurrencia y morbilidad asociada, se debe mantener un seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

### PALABRAS CLAVES

Pioderma gangrenoso, corticoides, autoinmune

## PIODERMA GANGRENOSO ASOCIADA A COLITIS CRÓNICA.

María Hernández S. (1), Loreto González H. (1), Fernando Higuera L. (1), Juan Alvarado N. (1), Dr. Miguel Lassalle O. (2)

1. Interno de Medicina
  2. Médico Cirujano, Dermatólogo
- Hospital San José de Victoria, Universidad Mayor, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

Pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica de causa desconocida que se manifiesta como úlceras cutáneas dolorosas. Es una entidad poco frecuente, con una incidencia de 2-3 casos x millón de habitantes/año, predominio sexo femenino entre los 20-50 años.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino 50 años con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente, presenta diarrea crónica hace un año asociada lesiones cutáneas de 3 años de evolución que inician como lesión ampollosa que luego se ulcera, dejando úlceras necróticas que dejan cicatriz. Al examen presenta úlcera cutánea en cara anterior muslo izquierdo de 10 cm diámetro, bordes anfractuados, indurados, solevantados, fondo necrótico e indolora. Se solicitan exámenes sanguíneos e inmunológicos sin hallazgos, biopsia informa dermatosis neutrofílica asociada a leucocitoclasia dermo-hipodérmica y colonoscopia informa colitis crónica inespecífica. Se inicia tratamiento para colitis ulcerosa (CU) con Azulfidine, evolucionando favorablemente con herida y úlcera cerrada, dejando cicatriz.

### DISCUSIÓN

PG es una entidad crónica, inflamatoria y necrosante de baja incidencia, donde se debe investigar presencia de enfermedades sistémicas (ES) subyacentes. 50% asociado ES, siendo más común la enfermedad inflamatoria intestinal (34%), específicamente variedades ulcerativa y pustulosa, como el caso presentado. Diagnóstico por cuadro clínico característico, exclusión de otras causas de ulceración y biopsia compatible. Se debe tratar la enfermedad subyacente, evitar desencadenantes, manejo adecuado dolor, terapias tópicas y sistémicas de inmunomodulación dirigidas. En el caso del paciente se buscó tratar la colitis crónica como CU para tratar el pioderma obteniendo resultados favorables.

### PALABRAS CLAVES

Pioderma gangrenoso, úlcera cutánea, colitis.

## POLINEUROPATÍA AXONAL MOTORA COMO FORMA DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB) EN MUJER ADULTA.

Víctor Emilio Au C. (1), Nicole Andrea Canario S. (1), Paz Javiera Montero R. (1), María Fernanda Soto H. (2)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Cirujano, Residente Medicina Interna
- Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción, Concepción

### INTRODUCCIÓN

El SGB es una poliradiculoneuropatía aguda caracterizada típicamente por parálisis arrefléctica y disociación albuminocitológica (líquido cefalorraquídeo: hiperproteíorraquia y recuento celular normal, menos de 50% en la primera semana). Constituye una emergencia grave en neurología con mortalidad aproximada 5%. Incidencia anual en Chile estimada en 1.0-1.7/100000 habitantes.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo femenino de 47 años sin patologías crónicas, sin viajes al extranjero, consulta el 13/08/17 en Hospital Guillermo Grant por cuatro días de debilidad muscular de predominio distal en extremidades inferiores asociado a limitación de la marcha y dolor en región gastrocnemio bilateral que progresa comprometiendo región cervical y manos. Con antecedente de cuadro diarreico autolimitado 10 días antes del cuadro. Rechaza hospitalización y reingresa el 15/08/17 para manejo. Al examen de ingreso sin compromiso de pares craneanos, tetraparesia moderada de predominio distal, reflejos osteotendinosos simétricos, sin signos piramidales, hiperestesia táctil y algesia pie izquierdo. Laboratorio con CK total 66, PCR 2.3, tomografía axial de cerebro sin hallazgos patológicos. Punción lumbar con: eritrocitos 0/uL, leucocitos 1/uL mononuclear, glucorraquia 52mg/dL, proteinorraquia 25mg/dL, tinción de gram negativa. Estudio inmunológico negativo, VDRL no reactivo. Electromiografía 22/08/17: poliradiculoneuropatía axonal motora de predominio en extremidades. Hallazgos compatibles con SGB. Se indica Inmunoglobulina 0,4g/kg/día e ingreso a unidad crítica. La paciente evoluciona favorablemente.

### DISCUSIÓN

Pese a no presentar pruebas de laboratorio características ni hiporreflexia y a la marcada presencia de dolor, la alta sospecha clínica y evidencia electromiográfica categórica resultaron preponderantes a la hora de interpretar el cuadro como SGB e indicar el manejo correspondiente, lográndose una evolución favorable.

### PALABRAS CLAVES

Paresia, Síndrome de Guillain-Barre, Electromiografía

## PORFIRIA HEREDITARIA.

Stephanie Guidotti C. (1), Lucía Currin R. (1), Josefina Illanes M. (1), Francesca Guidotti C. (2)

1. Estudiantes Medicina
  2. Médico Cirujano, Becada Medicina Interna
- Universidad Mayor Temuco, Hospital Clínico Universidad de Chile.

### INTRODUCCIÓN

Porfirias, desordenes metabólicos, causados por alteraciones autosómicas conlleva defectos en vías enzimáticas que participan en formación del grupo hemo. La presencia de ácido delta-amino-levulínico, porfobilinogeno y porfirinas en orina o heces producen alteraciones neuroviscerales o cutáneas.

### CASO CLÍNICO

Mujer 45 años, antecedentes de Depresión en tratamiento con Fluoxetina y Alprazolam, colecistectomizada y apedicectomizada. Inicia en Junio 2015 tras viaje a Punta Cana, cuadro respiratorio tratado con Azitromicina durante 5 días. Luego, refiere dolor en hipocondrio derecho, EVA 8/10, asociado a compromiso del estado general manejado con antiinflamatorios, sin respuesta favorable. Paciente niega fiebre, diarrea, síntomas urinarios o cutáneos. En exámenes de laboratorio solo destaca trombocitosis.

Dado antecedente de viaje, se realiza estudio parasitológico con resultado negativo.

En controles posteriores persiste trombocitosis, por lo que se inicia estudio para Síndromes Mieloproliferativos. Biopsia Médula Ósea compatible con Trombocitosis Esencial.

Tras persistencia de cuadro, asociado a episodio de orina oscura, se plantea diagnóstico de Porfiria; estudio evidencia Coproporfirina I y III elevadas confirmándose el diagnóstico.

Para determinar etiología se inicia estudio genético. Los resultados son congruentes con Porfiria Hereditaria.

### DISCUSIÓN

Se puede sospechar con historia y exámenes de laboratorio, orina completa y elementos del metabolismo incompleto del grupo hemo en orina y deposiciones. El diagnóstico definitivo, se realiza a través del estudio genético. No posee terapia específica solo paliativa, siendo nuestra paciente tratada con analgesia tipo opioides. Existe en el mercado la Hematina, complejo férrico utilizado para reponer el hemo intracelular, deteniendo la actividad de enzimas mutadas. De alto costo y no disponible en Chile.

### PALABRAS CLAVES

Dolor abdominal persistente; Porfirias; Porfiria Congénita.

## PUBERTAD PRECOZ COMO PRESENTACIÓN DE HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (HSC) EN PREESCOLAR.

Gonzalo Fernando Bezama O. (1), Lucas Alberto Ebensperger E. (1), Francisca Loreto Rivas M. (1), Ana María Salas S. (1), Paulina Peñaranda P. (2), Loreto Consuelo Navarro A. (3)

1. Estudiante de Medicina
  2. Médico Cirujano, Pediatra
  3. Médico Cirujano
- Hospital Naval Almirante Adriaola, Universidad San Sebastián, Concepción

### INTRODUCCIÓN

HSC, es una enfermedad con prevalencia variable de 1 caso cada 1.000 – 12.000 recién nacidos vivos. Corresponde a un grupo de trastornos autosómicos recesivos secundarios a defectos en enzimas de biosíntesis suprarrenal de cortisol, siendo lo más frecuente el déficit de 21-hidroxilasa, que determina la insuficiencia de cortisol y aldosterona con aumento de andrógenos. Clínicamente se manifiesta como HSC hiperandrogénica o perdedora de sal.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina, 3 años 5 meses, sin antecedentes mórbidos, controles pediátricos frecuentes normales. Derivada a Pediatría en Hospital Naval Almirante Adriaola, tras control sano con enfermera donde se pesquisa vello púbico y desarrollo mamario bilateral. Exámenes de laboratorio evidencian: gonadotrofinas, estradiol y función tiroidea normales para la edad. Resonancia nuclear magnética de silla turca sin alteraciones; ecografía pelviana sin cambios en genitales internos; radiografía de carpo con edad ósea 5 años. Por lo que se plantea diagnóstico de pubertad precoz. Se solicita enzima 17-hidroxiprogesterona (17OHPg) 30.7 ng/mL (elevado), y se realiza estudio molecular de 21-hidroxilasa, que resulta positivo para alteración genética, con lo que se confirma el diagnóstico. Inicia tratamiento sustitutivo con corticoides; con 7 meses de tratamiento muestra disminución de 17OHPg y de clínica de virilización.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico e inicio tardío de tratamiento de HSC conllevan al aumento de morbimortalidad por sus complicaciones, por lo que la sospecha clínica, con examen físico minucioso del paciente pediátrico, asociado a estudio hormonal y genético, son esenciales para pesquisar precozmente y sustituir el déficit hormonal evitando complicaciones.

### PALABRAS CLAVES

Hiperplasia suprarrenal congénita, pubertad precoz, cortisol



## PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE TORMENTA TIROIDEA(TT) Y CETOACIDOSIS DIABÉTICA(CAD).

Valentina Barends K. (1), Natalia Rolack M. (1), Maria Fernanda Gonzalez L. (1), Felipe Sanhueza V. (1), Dra. Daniela Seco V. (2)

1. Interno de medicina
  2. Médico cirujano, becada de medicina interna
- Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco

### INTRODUCCIÓN

La TT es una emergencia endocrinológica dada por la manifestación extrema del hipertiroidismo. Se caracteriza por compromiso de conciencia, taquicardia e hipertermia. La suspensión de tratamiento en personas con hipertiroidismo y la CAD son ejemplos de desencadenantes.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Hombre de 24 años con antecedente de hipertiroidismo, que abandona tratamiento 1 mes previo a consulta. Acude a servicio de urgencia por 3 semanas de evolución de polidipsia, poliuria, agregándose disnea y palpitaciones. Ingresa taquicárdico, febril. Evoluciona rápidamente con alteración de conciencia e hipertermia. Exámenes de laboratorio con T3L y T4L elevados, TSH suprimida, hiperglucemia, cetonemia y acidosis metabólica. Con los hallazgos clínicos y bioquímicos se hizo el diagnóstico de TT y diabetes mellitus tipo 1 complicada con CAD. Se realiza corrección hidroelectrolítica y tratamiento con tiamazol, hidrocortisona y betabloqueo, con mala respuesta, requiriendo tiroidectomía total, tras lo cual evoluciona favorablemente. Dado de alta eventualmente con levotiroxina y esquema de insulina, con diagnósticos al alta de hipotiroidismo secundario a tiroidectomía y diabetes mellitus tipo 1.

### DISCUSIÓN

Es imprescindible un diagnóstico oportuno de la TT para su manejo, así como también la búsqueda del desencadenante. La CAD puede originar una TT en pacientes hipertiroides, así como también la TT produce disminución de la liberación de insulina por acción de las catecolaminas, produciéndose un círculo vicioso, no pudiéndose determinar siempre qué ocurrió primero. La tiroidectomía se presenta como tratamiento de rescate frente a la falla de tratamiento médico en TT.

### PALABRAS CLAVES

Crisis tiroidea, cetoacidosis diabética, hipertiroidismo.

## SINDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (SAMS) COMO CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCION INTESTINAL.

Cristian Uribe C. (1), Constanza Fritz U. (1), Camila Gutiérrez G. (1), Pamela Del Campo M. (1), Dra. Camila Bustos C. (2)

1. Interno de Medicina Universidad de Concepción
2. Médico Cirujano, Residente de Cirugía Infantil, Universidad de Concepción Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción, Concepción

### INTRODUCCIÓN

El SAMS es una causa infrecuente de obstrucción intestinal alta, correspondiendo al 0,2-1% de los casos. Corresponde a la compresión de la tercera porción del duodeno debido al estrechamiento del ángulo aortomesentérico, que normalmente mide 45°. Se atribuye principalmente a la pérdida de grasa retroperitoneal, siendo más frecuente en personas que hayan crecido o perdido peso rápido.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 14 años, masculino, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consulta en urgencias del Hospital Guillermo Grant Benavente por cuadro de dos días de evolución caracterizado por distensión y dolor abdominal, asociado a vómitos biliosos. Se realiza tomografía axial computada (TAC) abdominal con contraste, que muestra megaestómago con nivel hidroaéreo e importante dilatación del duodeno. Es manejado con régimen cero, sonda nasogástrica y nutrición parenteral, sin respuesta. Se efectúa endoscopia digestiva alta que no informa signos de obstrucción intrínseca. Se realiza AngioTAC de abdomen que muestra ángulo aortomesentérico de 23° por lo que se decide laparotomía exploradora, encontrando cambio de calibre intestinal a nivel de ángulo de Treitz, por compresión extrínseca vascular. Se efectúa enterólisis y apendicectomía profiláctica. Paciente evoluciona favorablemente, decidiéndose alta luego de 30 días de hospitalización.

### DISCUSIÓN

Si bien el SAMS es infrecuente, es importante considerarlo como probable etiología de obstrucción intestinal, sobretodo en jóvenes, debido a su potencial gravedad. Por lo tanto, frente un paciente que continúa sin diagnóstico etiológico tras estudio rutinario, se justifica la realización de un AngioTAC que permita esclarecer el cuadro para otorgar un tratamiento oportuno y eficaz.

### PALABRAS CLAVES

Obstrucción intestinal, arteria mesentérica superior, dolor abdominal.

## SÍNDROME DE CUSHING INDUCIDO POR DROGAS: PREVENCIÓN Y SECUELAS.

María Jesús Llona V. (1), Elizabeth Carolina Figueroa Z. (2), Francisco Javier Latorre C. (2), Sebastián Aliro Marchant B. (1), Dra. María Elizabeth Maúlen S. (3)

1. Internos de medicina
2. Estudiantes de medicina
3. Médico Cirujano.

Hospital Abraham Godoy Peña de Lautaro, Universidad Mayor, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

Síndrome de Cushing (SC) es el resultado de la exposición excesiva y prolongada de glucocorticoides. Afecta 8 veces más a mujeres. La manifestación más frecuente es la obesidad faciotruncular (75%) y solo 10% desarrollará Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Las causas pueden ser endógenas o exógenas, siendo la Enfermedad de Cushing y administración indiscriminada de corticoides las más frecuentes respectivamente.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenino 53 años, hipertensión arterial en tratamiento. Consulta en urgencias por compromiso estado general, debilidad muscular y fatiga hace 2 semanas. Ingresar con presión arterial 166/98 mmHg y hemoglucotest 285 mg/dl. Examen físico; cara redonda, eritema facial y estrías purpúricas periumbilical. Refiere automedicación con comprimidos: Betametasona 0,25 mg con Dexclorfenamina 2mg cada 8 horas por 11 meses.

Se hospitaliza para estudio y manejo. Trae examen de cortisol libre urinario en 24 horas (CLU) de 360ug realizado tras consulta anterior en otro centro. Con éste y la clínica se diagnostica SC. Se maneja con discontinuación paulatina de fármaco automedicado. A los 7 días se da alta con diagnóstico de DM2 con metformina 100mg de mantención y cambios significativos en examen físico.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico del SC requiere de clínica compatible y anomalías bioquímicas, siendo estas; aumento de la secreción de cortisol y pérdida de su patrón circadiano.

El CLU nos ayudan en el diagnóstico, lo normal sería hasta 100ug, encontrando sobre 250ug en el SC.

En este caso, se decidió discontinuar de forma paulatina el fármaco que desencadenó el cuadro, ya que la causa fue principalmente exógena.

### PALABRAS CLAVES

Automedicación, Hiper cortisolismo, Iatrogenia.

## SÍNDROME DE SHOCK TOXICO SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS.

David Misael Oliarte B. (1), Sebastian Antonio Gonzalez V. (1), Camilo Jesús Burgos G. (1), Sussan Belen Cuevas A. (1), Sara Menares G (2), Nicolas Valdivia R. (3)

1. Interno Medicina
  2. Medico cirujano, Pediatra
  3. Medico cirujano, Traumatologo infantil
- Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Universidad San Sebastian, Los Ángeles.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de shock toxico (SST) es una entidad rara, con afectación multisistémica y alta morbimortalidad, causado por toxinas producidas por *Staphylococcus Aureus* (S.Aureus) y *Streptococcus Pyogenes* (S.Pyogenes). Se caracteriza por fiebre, hipotensión, rash, falla multiorgánica y descamación cutánea. El diagnóstico es clínico, el tratamiento es de soporte y antibioticoterapia.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 3 años con antecedente de osteosíntesis reciente por fractura de humero, presentó cuadro de 2 días de evolución caracterizado por fiebre, diarrea y vómitos.

Ingresa febril 39°C, presión arterial 77/50, frecuencia cardiaca 176, Glasgow 14, edema y eritema de extremidad con secreción seropurulenta. Exámenes revelaron leucocitos 3.450, plaquetas 117.000, Sodio 125 miliequivalentes por litro, lactato 35.5 y Proteína C reactiva 236.

Inició tratamiento con fluidoterapia, drogas vasoactivas y hemofiltración. Se planteó shock tóxico instaurándose antibioticoterapia con cefotaxima y clindamicina y retiro de agujas kirschner.

Requirió ventilación mecánica, hemoderivados, agregándose vancomicina y administración de inmunoglobulina endovenosa.

Cultivos sanguíneos y de herida positivos para *S. Aureus* cambiándose esquema a cloxacilina - clindamicina, luego flucloxacilina 6 semanas debido a desarrollo de osteomielitis, con buena respuesta.

### DISCUSIÓN

El SST es causado por toxinas liberadas por *S.Aureus* y *S.Pyogenes*, con criterios diagnósticos definidos para cada una de estas entidades. Se caracteriza por fiebre, exantema, hipotensión, falla multiorgánica y descamación. Puede progresar rápidamente con altos índices de mortalidad, por esto es necesario establecer diagnóstico y tratamiento precoz, el cual se basa en el tratamiento de la infección y del shock. Es necesario incluir el SST como diagnóstico diferencial en casos con fiebre, exantema y shock.

### PALABRAS CLAVES

Síndrome de shock toxico, *Staphylococcus Aureus*, Pediatría

## SINDROME HEPATOPULMONAR(SHP) EN PACIENTE CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA(CBP) Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO(LES).

Felipe Sanhueza V. (1), Valentina Barends K. (1), Sebastián Zambrano O. (1), Dra. Daniela Seco V. (2)

1. Interno de medicina
  2. Médico cirujano, becada de medicina interna
- Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco

### INTRODUCCIÓN

El SHP es una causa poco frecuente de hipoxemia, que se caracteriza por vasodilatación pulmonar con shunt de derecha a izquierda, secundario a la producción excesiva de vasodilatadores como el óxido nítrico en pacientes con hepatopatías(HP) y/o hipertensión portal(HTP). Dentro de sus elementos clínicos destacan la disnea, platipnea y ortodeoxia, además de estigmas de HP e HTP.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente con antecedentes de CBP y LES sin tratamiento, consulta por 10 días de fiebre de predominio nocturno, astenia, adinamia, hiporexia y disnea progresiva. Destaca saturación de O<sub>2</sub>: 89%, que normaliza en decúbito, e ictericia. Exámenes de laboratorio e imágenes descartan patología infecciosa, destaca hiperbilirrubinemia y diferencia alveolo arterial aumentada. Pruebas inmunológicas compatibles con LES activo. Dado clínica y laboratorio se sospecha SHP por lo que se solicita ecocardiografía transesofágica(ETE): Prueba de burbujas positiva para fistula arterio-venosa pulmonar.

Con diagnóstico de SHP secundario a LES activo y CBP se inicia tratamiento con corticoides, logrando remisión sintomática y mejoría de laboratorio, dándose de alta con corticoides orales y control ambulatorio.

### DISCUSIÓN

Es importante descartar SHP en pacientes con HP y/o HTP cursando con hipoxemia, destacando como elementos clínicos de sospecha la platipnea y ortodeoxia.

En este caso la presencia de CBP sumada a la reactivación de LES como causal de aumento de la HTP explican el desarrollo de SHP.

Destaca la utilidad de la prueba de burbujas en la ETE como gold standart para el diagnóstico de SHP.

### PALABRAS CLAVES

Síndrome hepatopulmonar, lupus eritematoso sistémico, hipertensión portal.

## TROMBOSIS PORTAL COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOFILIA.

Lucas Alberto Ebensperger E. (1), Gonzalo Fernando Bezama O. (1), Francisca Loreto Rivas M. (1), Ana María Salas S. (1), María Ignacia Cartes V. (2), Paulina Andrea Zambrano P. (2)

1. Estudiante de Medicina
2. Médico Cirujano

Hospital San José de Coronel, Universidad San Sebastián, Concepción

### INTRODUCCIÓN

Los estados de hipercoagulabilidad son condiciones hereditarias o adquiridas, asociadas con hiperactividad del sistema de coagulación que predisponen a eventos tromboembólicos. Tienen baja prevalencia, pero la población afectada tiene alto riesgo de trombosis con posibilidad de presentar graves consecuencias.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer, 26 años, usuaria de anticonceptivos orales (ACO), sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de tres meses de evolución consistente en compromiso del estado general, dolor abdominal difuso y rectorragia. Al examen físico: tendencia a hipotensión, pálida, abdomen sensible en hipocondrio derecho. En exámenes destaca: anemia severa; ecografía doppler abdominal: trombosis de vena porta, signos de hepatitis, leve esplenomegalia y ascitis moderada; endoscopia digestiva alta: várices esofágicas grado II – III. Se indica hospitalización, suspender ACO y transfusión de glóbulos rojos, para luego mantener con Propanolol y Hierro, decidiendo no anticoagularla debido a hemorragia digestiva (HD) activa. Presenta perfil hepático y pruebas de coagulación normales. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis informa trombosis portal con signos de hipertensión portal. Se plantea diagnóstico de trombofilia; se estudia solicitando anticardiolipinas, antitrombina III, proteína C, proteína S, gen protrombina, factor V, anticoagulante lúpico, antifosfolípido y homocisteína, confirmando diagnóstico: déficit de proteína S. Paciente evoluciona asintomática, derivándola a hematología y gastroenterología para continuar manejo.

### DISCUSIÓN

La sospecha de trombofilia debe plantearse ante un paciente joven, sin factores desencadenantes, con trombosis en sitios atípicos, a pesar de no tener historia familiar de trombosis ni episodios previos. Además, importa destacar que el tratamiento debe ser personalizado para cada paciente, considerando las características de cada uno.

### PALABRAS CLAVES

Trombofilia, Proteína S, Trombosis

## ZOONOSIS EMERGENTE: MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS SUIS.

Sandra Diana Miranda S. (1), Rosemarie Menke Z. (1), Alejandra Lobos F. (2)

1. Interna de séptimo año Medicina
  2. Médico internista
- Hospital Augusto Riffart, Castro, Universidad Mayor, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

La meningitis es una enfermedad inflamatoria de las leptomeninges, a consecuencia de una infección que invade el líquido cefalorraquídeo (LCR). Dentro de su origen etiológico se encuentran virus y bacterias, en su mayoría de la comunidad. Sin embargo, existen agentes infecciosos no recurrentes que pueden producirla.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenino de 60 años, procedente de sector rural y dedicada a la crianza de cerdos, consulta por cefalea, dolor cervical-lumbar, náuseas y vómitos, asociado a astenia, somnolencia y lenguaje incoherente. Al ingreso afebril, Glasgow 10, nistagmo ocasional, rigidez de nuca, Brudzinsky positivo, con una lesión petequeal en tórax. Se hospitaliza iniciando tratamiento empírico.

Laboratorio destaca leucocitosis y Proteína C Reactiva aumentada. Se realiza punción lumbar, con salida de LCR turbio, con hiperproteinorraquia, hipoglucorraquia, Pandy positivo, al Gram no se observan bacterias, leucocitos ni elementos fúngicos. Cultivo informa cocáceas Gram positivo de agrupación irregular. Tomografía de encéfalo normal.

En días siguientes su condición mejora, pero evoluciona con hipoacusia y tinnitus. A través del Departamento de Laboratorio Biomédico Nacional y de Referencia, se informa de *Streptococcus suis* sensible a Penicilina. Se traslada a sala para manejo, completando 15 días de antibióticos.

### DISCUSIÓN

*Streptococcus suis* es un patógeno zoonótico que se encuentra en cerdos, emergente en humanos. Es transmitida por lesiones en piel y mucosas o por ingestión de productos contaminados. La meningitis aguda es la manifestación clínica más frecuente en humanos y su primera detección en Chile fue en 2012, siendo éste el noveno caso registrado en el país.

### PALABRAS CLAVES

Infección bacteriana, Meningitis, Meningitis bacteriana.

# Directiva y Comité.

## Directiva Congreso

José Alberto Ceballos Valerio. Director General  
Teresa Álvarez Muños. Dirección de casos clínicos y trabajos de investigación.

Claudio Catril Moncada. Director talleres  
Camila Castillo Peña. Directora de programa  
Carlos Álvarez Brauning. Director de Logística

## Comité científico

Dra. Alix Soublette Sánchez  
Dr. José Calleja Rivero  
Dr. Jorge Sanhueza Silva  
Dra. Rossana Villalobos Castillo

## Comité de casos clínicos y trabajos de investigación

Gabriel Valdés Vera  
Karen Contreras Vega  
Isidora Otarola Derpich  
Carolina Otarola Fuentes  
Teresa Álvarez Muñoz  
Catalina Torres Cabrera  
Catalina Beltrán Vidal  
Camila Montenegro Leonelli  
Fernando Tapia Cofré  
Paulina Contreras Seguel  
Germaine Prado Corales

## Comisión logística

Fernando Javier Soto Carrasco  
Victoria Belén Rodríguez Uribe  
Danae Caro Mora  
Rodrigo Patricio Jaramillo Garrido  
Camila Angélica Aguilar Fuentealba  
Camila Castillo Peña  
Carlos Ignacio Álvarez Brauning  
Claudio Alexis Catril Moncada  
Karla Andrea Heise Bastias  
Sofía Lorena Gutiérrez Parada  
Catalina Nicol Jara Corvalán

## Comisión de evaluación oral

Dra. Alix Soublette Sánchez  
Dr. José Calleja Rivero  
Dr. Jorge Sanhueza Silva  
Dra. Rosanna Villalobos Castillo



## Patrocinadores:



 **2<sup>o</sup>** CONGRESO  
DE URGENCIAS   
ACEMUMT / TEMUCO 2017  
ABORDAJE TERAPEUTICO PARA EL MEDICO GENERAL



LIBRO DE RESÚMENES **2017**