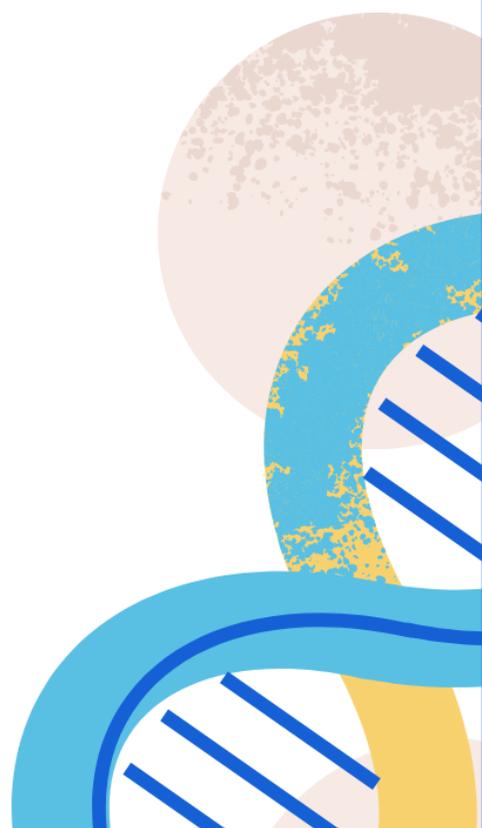


ACEMUMT

LIBRO DE RESÚMENES
CURSO Y JORNADA CIENTÍFICA

Diagnóstico Molecular y su Aplicación en la Práctica Clínica





ÍNDICE

Declaración Pública Comité Organizador.....	1
Agradecimientos.....	2
Organizadores.....	3
Competencia Científica.....	4
1° LUGAR MEJOR CASO CLÍNICO: DISFUNCIÓN TEMPRANA DE TRASPLANTE RENAL:.....	5
FARMACOTOXICIDAD INUSUAL DE ANTICOAGULANTES COMO RESPONSABLE, A PROPÓSITO DE UN CASO	
2° LUGAR MEJOR CASO CLÍNICO: ACROSÍNDROME VASCULAR DE EXTREMIDAD.....	6
SUPERIOR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ESCLERODERMIA, REPORTE DE UN CASO	
3° LUGAR MEJOR CASO CLÍNICO: EPISTAXIS COMO DEBUT DE POLIANGEÍTIS.....	7
MICROSCÓPICA, REPORTE DE UN CASO	
4° LUGAR MEJOR CASO CLÍNICO: DEBUT DE SÍNDROME DE EVANS EN PACIENTE.....	8
ADULTO; A PROPÓSITO DE UN CASO	
Casos clínicos.....	9
ABORDAJE EN UN NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO A REPETICIÓN EN.....	10
PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO	
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EMBÓLICO DE ORIGEN INDETERMINADO EN.....	11
MUJER JÓVEN: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO	
AMILOIDOSIS PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	12
ANGINA BULLOSA HEMORRÁGICA, CUANDO LA SEMIOLOGÍA HACE EL.....	13
DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO	
APENDICITIS AGUDA DE UBICACIÓN INFRECUENTE COMO DESAFÍO.....	14
DIAGNÓSTICO. REPORTE DE UN CASO	
ATAXIA CEREBELOSA AGUDA SECUNDARIA A ENTEROVIRUS EN ADOLESCENTE.....	15
COMA MIXEDEMATOSO COMO CAUSA DE DESCOMPENSACIÓN EN ADULTO.....	16
MAYOR. A PROPÓSITO DE UN CASO	
CORISTOMA PANCREÁTICO EN INTESTINO DELGADO A PROPÓSITO DE UN CASO.....	17



DEBUT DE TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA SEVERA CON EPISTAXIS.....	18
INCOERCIBLE EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO	
EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO, REFRACTARIO A TRATAMIENTO.....	19
MÉDICO, A PROPÓSITO DE UN CASO	
ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA EN ESCOLAR CON ANTECEDENTE.....	20
DE EPILEPSIA FOCAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO	
ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA COMO MANIFESTACIÓN.....	21
INFRECIENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	
ERITEMA FLAGELADO POR SNACK DE VEGETALES DESHIDRATADOS. REPORTE DE CASO.....	22
ERITEMA INDURADO DE BAZIN GENERALIZADO COMO EXPRESIÓN.....	23
ATÍPICA. REPORTE DE CASO	
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: MÁS ALLÁ DEL LUMBAGO INFLAMATORIO.....	24
FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE.....	25
LA COLECISTITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO	
HEPATITIS AGUDA POR VIRUS DE EPSTEIN BAR EN MUJER DE 21 AÑOS.....	26
INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO	
HIDROTÓRAX HEPÁTICO SIN ASCITIS INICIAL, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA.....	27
HIPONATREMIA SECUNDARIA A SÍNDROME DE SILLA TURCA VACÍA, UNA.....	28
PRESENTACIÓN POCO COMÚN	
LESIÓN DE DIEULAFOY COMO ORIGEN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA.....	29
A PROPÓSITO DE UN CASO	
MANEJO DESDE DEBUT A RECONSTITUCIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN.....	30
Y COMPLICACIONES PROCTOLÓGICAS	
MENINGITIS TUBERCULOSA, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE.....	31
COMPROMISO DE CONCIENCIA A TENER EN CUENTA	
MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN CONTEXTO DE SÍNDROME DE HELLP.....	32
INCOMPLETO Y PREECLAMPSIA SEVERA. A PROPÓSITO DE UN CASO	
NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL TIPO MOLA HIDATIFORME.....	33
COMPLETA INVASORA, A PROPÓSITO DE UN CASO	
NO TODO DOLOR TORÁCICO ES UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO:.....	34
A PROPÓSITO DE UN CASO	
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA DE RICHTER.....	35
COMPLICADA, REPORTE DE UN CASO	
OTOTOXICIDAD, REACCIÓN ADVERSA A AMINOGLUCÓSIDOS, ALTAMENTE.....	36
SECUELANTE. REPORTE DE UN CASO	

PARÁLISIS HIPOKALÉMICA TIROTÓXICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN.....	37
DE HIPERTIROIDISMO, REPORTE DE UN CASO	
PARÁLISIS HIPOPOTASÉMICA TIROTÓXICA COMO PRESENTACIÓN DE.....	38
HIPERTIROIDISMO: REPORTE DE CASO	
PERICARDITIS PURULENTO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO.....	39
SENSIBLE EN ADULTA JOVEN INMUNOSUPRIMIDA	
PLACENTA PERCRETA DE INSERCIÓN BAJA EN PACIENTE CON TRABAJO DE.....	40
PARTO PREMATURO	
PÓLIPO EN LA VÍA BILIAR, PATOLOGÍA A CONSIDERAR FRENTE A COLANGITIS.....	41
AGUDA: REPORTE DE UN CASO	
QUISTE HIDATIDICO CARDIACO, UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL INFRECLENTE.....	42
EN ESTUDIO DE MASA MIOCARDICA. REPORTE DE UN CASO	
REPORTE DE CASO: ESTAFILOCOCCEMIA SECUNDARIA A MARCAPASOS.....	43
REPORTE DE CASO: SÍNDROME POLIMALFORMATIVO.....	44
SÍNDROME AÓRTICO AGUDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, DIAGNÓSTICO Y.....	45
ENFRENTAMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO	
SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO PRESENTACIÓN DE CARCINOMA DE.....	46
CÉLULAS RENALES. A PROPÓSITO DE UN CASO	
SÍNDROME DE MAY-THURNER, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO.....	47
SÍNDROME DE MIRIZZI, UN DESAFÍO PARA EL CIRUJANO. REPORTE DE UN CASO.....	48
SÍNDROME DE WALLEBERG POR DISECCIÓN DE ARTERIA VERTEBRAL IZQUIERDA, A.....	49
PROPÓSITO DE UN CASO	
SÍNDROME DE WALLEBERG REPORTE DE UN CASO.....	50
SÍNDROME DE WELLENS: IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO DE TRAZADOS.....	51
ATÍPICOS EQUIVALENTES A SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST	
SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO SECUNDARIO A.....	52
NEOPLASIA DE COLON: A PROPÓSITO DE UN CASO	
SÍNDROME PULMÓN RIÑÓN COMO DEBUT VASCULITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	53
TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL EN EL MANEJO ENDOSCÓPICO DE PERFORACIÓN.....	54
GÁSTRICA. A PROPOSITO DE UN CASO	
TUBERCULOSIS ABDOMINAL COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE PERFORACIÓN.....	55
INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO	
TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	56

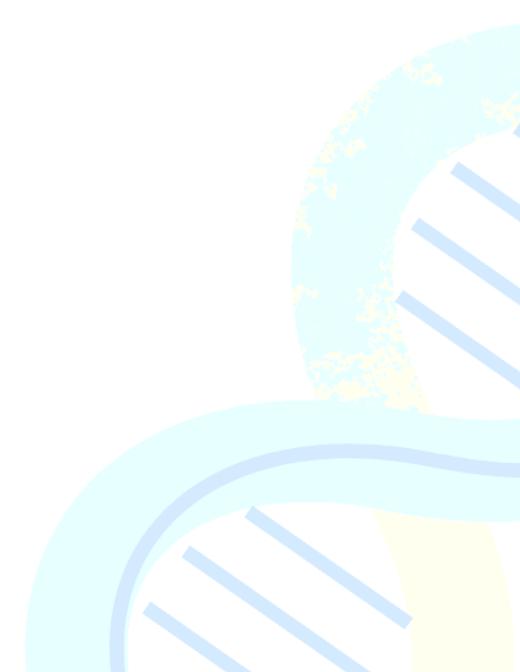


Trabajos de investigación.....57

ANÁLISIS DE MORTALIDAD E ÍNDICE DE SWAROOP POR CÁNCER DE MAMA ENTRE.....58
LOS AÑOS 2017- 2021, CHILE.

HEPATITIS AGUDA A: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO DURANTE LOS AÑOS 2018-2021, CHILE.....59

VARIABLES RELACIONADAS CON LA DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL.....60
EMBARAZO POR CAUSAL VIOLACIÓN



Declaración Pública Comité Organizador

Curso y Jornada Científica Diagnóstico Molecular y su Aplicación en la Práctica Clínica

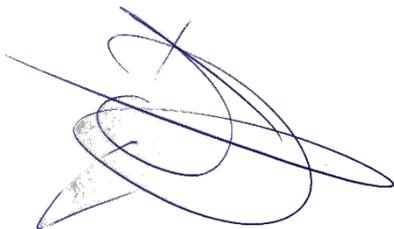
Como comité organizador del Curso y Jornada Científica Diagnóstico Molecular y su Aplicación en la Práctica Clínica llevado a cabo la Escuela de Medicina de la Universidad Mayor y la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Mayor (ACEMUMT), y en conformidad a la Resolución. Exenta 291 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, publicada el 21 de marzo de 2022, sobre la selección de médicos cirujanos para el ingreso a la etapa de destinación y formación, y concurso de becas para programas de especialización, declaramos lo siguiente:

El libro de resúmenes conformado por los 51 Reportes de Casos Clínicos y 3 Trabajos de Investigación seleccionados y presentados en el Curso y Jornada Científica Diagnóstico Molecular y su Aplicación en la Práctica Clínica llevado a cabo los días **06, 07 y 08 de octubre de 2022** se ha emitido y difundido SÓLO en formato digital, no existiendo versión impresa elaborada por el comité organizador. Dicho libro se encuentra disponible para su descarga en la página web oficial de ACEMUMT: www.aceumt.cl/libro-resumenes/ en la sección "Libros Resúmenes".

Asimismo, cada participante cuenta con su Certificado de Autor o Tutor en formato electrónico y con un código de verificación que se puede corroborar en www.aceumt.cl/certificados/. Finalmente certificamos que ésta es una actividad extracurricular de la carrera de Medicina, no condicionante para el egreso

Agradeciendo la participación y la confianza depositada en nuestra Academia, nos despedimos hasta una próxima instancia de aprendizaje e investigación.

Atentamente:



Carlos Daniel Torres Zamora
Presidente ACEMUMT 2022



Dr. José Luis Calleja Rivero
Director Carrera de Medicina Universidad
Mayor sede Temuc



Agradecimientos

Dr. José Calleja Rivero, Juez Evaluador y Director Carrera de Medicina, UMT

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

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

Dra. Geraldine Sandoval Carvajal y Juez Evaluador y Coordinadora Vinculación con el Medio Carrera de Medicina UMT

Dra. Dulcesol Esteva Rivera Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

Dra. Alix Carlota Soublette, Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

Dr. Víctor Rodríguez Becerra, Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

Dra. Daniela Pinto Saavedra, Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

E.U. César Aravena Bertuze, Juez Evaluador y Docente Carrera de Medicina UMT

Paulina Roca, Asistente Ejecutivo, Carrera de Medicina UMT

Mg. Carolina Lagos, Dirección General Estudiantil, UMT

Andrés Vargas Peña, Dirección Regional de Comunicación Estratégica, UMT

Juan Manuel Pachon, Jefe de Tecnologías Educativas, UMT

Héctor Ochoa, Diario Universidad Mayor

Rocío Venegas Soto, Ejecutivo de Convenios Banco de Crédito e Inversiones

Marco Paredes Vidal, Ejecutivo de Cuentas Banco de Crédito e Inversiones

Víctor Vera Vera, DramaUniformes

Amanda Rivas, RedBull

Fernando Araneda, RedBull

Roció Monsalvez Colil, Medicositas R&R

Noé Portillo, Grupo CTO



Organizadores

Carlos Torres Zamora, Presidente de ACEMUMT

Catalina De La Barra Oliva, Vicepresidenta ACEMUMT

Camila Cepeda Durán, Secretaria ACEMUMT

Tamara Nuñez Aránguiz, Tesorera ACEMUMT

Catalina Valencia Rodríguez, Fiscal ACEMUMT

Jorge Muñoz Alvarado, Delegado de Investigación ACEMUMT

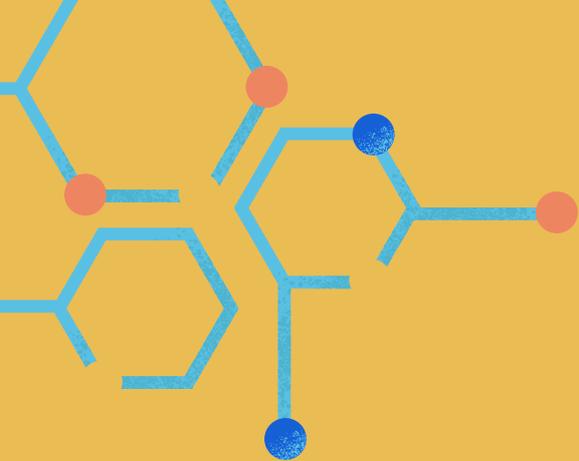
Vicente Harcha, Delegado de Educación ACEMUMT

Javiera Marchant Palavecino, Delegada de Redes Sociales ACEMUMT

Ignacio Antipa Esparza, Integrante ACEMUMT

Cristina Millán Catalán, Integrante ACEMUMT

Carolina Vergara Inostroza, Integrante ACEMUMT



COMPETENCIA CIENTÍFICA



DISFUNCIÓN TEMPRANA DE TRASPLANTE RENAL: FARMACOTOXICIDAD INUSUAL DE ANTICOAGULANTES COMO RESPONSABLE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Müller Henríquez Matías¹, Cid Padilla Ricardo¹, Vega Quintana Valentina², Negrete Jorquera Felipe³, Müller Ortiz Hans⁴.

1. Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
3. Interno de Medicina, Universidad de Concepción.
4. Médico Nefrólogo, Hospital las Higueras, Talcahuano.

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal (TR) es un procedimiento que permite mejorar la calidad de vida y sobrevivida de los nefrópatas. Sin embargo, puede presentar complicaciones, como la disfunción temprana, que puede ser causada por rechazo agudo, infecciones y farmacotoxicidad. Ésta última puede ser causada, raramente, por el uso de anticoagulantes orales (ACO).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 63 años, con antecedentes de Enfermedad de Berger y TR disfuncional, en hemodiálisis, quien recibió un segundo TR 19 años posterior a la falla del primer injerto renal. Presentó buena evolución inicial, con creatininemia post-trasplante 0.8 mg/dL, y buena respuesta a la terapia inmunosupresora con Tacrolimus y Micofenolato. Dos meses después del trasplante, se diagnosticó fibrilación auricular, indicándose Acenocumarol. A los cuatro días evolucionó con un INR de 8.8, suspendiéndose la anticoagulación. Cinco días después, presentó compromiso del estado general y oligoanuria. Se estudió con exámenes de sangre en donde destacó una lesión renal aguda (LRA) KDIGO-3 con Creatininemia 8.8 mg/dL, Sodio 125 mEq/L, Potasio 6,6 mEq/L. Se descartó trombosis del injerto mediante Eco-doppler y, por sospecha de rechazo agudo celular, se indicó tratamiento esteroidal y biopsia renal. El resultado de la biopsia confirmó nefropatía asociada a anticoagulantes. Se suspendió la ACO de forma definitiva y se administró Vitamina K (1 mg/día EV por 2 días) y Prednisona 60 mg/día por vía oral

durante 15 días, mejorando la creatininemia a 1.5 mg/dL, con posterior alta a los 15 días. Presentó buena evolución de su función renal los meses siguientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La nefropatía asociada a ACO es una entidad de prevalencia e incidencia desconocida, caracterizada por hematuria glomerular e INR supratrapéutico, generando una LRA secundaria, siendo este el segundo caso descrito a nivel mundial de un receptor de trasplante renal que desarrolla esta complicación. El diagnóstico definitivo es mediante histología renal. El tratamiento consiste en suspender la ACO de manera definitiva. La Nefropatía asociada a Anticoagulantes debe ser descartada en contexto de una LRA sin otra causa explicable en pacientes usuarios de ACO e INR supratrapéutico.

PALABRAS CLAVE

Disfunción Temprana de Trasplante Renal, Lesión Renal Aguda, Nefropatía asociada a Anticoagulantes.



ACROSÍNDROME VASCULAR DE EXTREMIDAD SUPERIOR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ESCLERODERMIA, REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Patricio Monsalve Sobarzo ¹ Andrea Riebel Brummer ¹ Diego Segura González ¹ Thomas Tello León ² Carolina Otárola Fuentes ² Cristóbal Pineda Etcheber ³

1. Interno/a Escuela de Medicina UACH, Campo clínico Valdivia
2. Interno/a Escuela de Medicina UMT
3. Médico Cirujano Residente de Cirugía General HBV UACH

INTRODUCCIÓN

La esclerodermia es una enfermedad rara, con característica multisistémica autoinmune, manifestándose con fibrosis cutánea extensa, alteraciones vasculares y afectación multiorgánica variable. Presenta una importante morbimortalidad, con las tasas más altas entre las enfermedades autoinmunes. Las alteraciones vasculares son la base de las principales complicaciones sistémicas de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 67 años, caucásica, profesora de profesión, dieta mediterránea, sin antecedentes personales de relevancia, sin antecedentes familiares o genéticos de relevancia. Consulta en urgencias por dolor dactilar progresivo en ambas manos y coloración negruzca de falanges distales de todos los dedos, refiriendo también anorexia, diarrea y astenia durante las 2 semanas previas. Al examen físico destaca caquética, todos los pulpejos de ambas manos con coloración isquémica, sensibles a la palpación, pulso presente. AngioTC de tórax, abdomen, pelvis y EESS, sin alteraciones. Laboratorio de ingreso con anemia moderada, leucocitosis de predominio polimorfonuclear, función renal conservada, parámetros inflamatorios bajos, coagulación normal. En perfil reumatológico destaca ANA positivo patrón centrómero, Factor reumatoideo y Anticardiolipinas positivos, resto negativo. Se descarta LES por no cumplir criterios. Se amplió estudio con ecocardiograma y TC

tórax, sin signos de compromiso pulmonar. Evaluada por especialidad, cuadro compatible con debut de esclerosis sistémica, iniciando vasodilatadores, con mala respuesta requiriendo amputación dedo 3 y 4 mano izquierda.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El fenómeno de Raynaud corresponde a la complicación no cutánea más frecuente de la esclerosis sistémica, el cual suele corresponder a la primera manifestación de la enfermedad. En el caso clínico descrito, se observa una evolución rápidamente progresiva hasta la necrosis de falanges distales, a pesar de la rápida sospecha e inicio oportuno del manejo. Dado el mal pronóstico de la enfermedad, es indispensable el diagnóstico precoz, el cual puede resultar difícil debido al desconocimiento y la baja incidencia, que dificultan la sospecha diagnóstica.

PALABRAS CLAVE

Amputación, Esclerosis sistémica, Necrosis.



EPISTAXIS COMO DEBUT DE POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA, REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Muñoz Chamorro Valentina¹, Petermann Toledo Daniela¹, Cifuentes Gutiérrez Bárbara¹, Díaz Rabanal Francisca¹, Riquelme Toledo Carmen².

1. Interna de medicina, Universidad San Sebastián sede Tres Pascualas, Concepción.
2. Internista, Hospital San José de Coronel, Coronel.

INTRODUCCIÓN

Epistaxis es la hemorragia originada en los vasos de las fosas nasales, habitualmente son leves y autolimitadas. Se consideran benignas cuando las presentan personas en buen estado y que drenan por una narina. Es la patología otorrinolaringológica más frecuente evaluada en urgencias.

La poliangeítis microscópica (PAM) es una vasculitis de vasos pequeños. Con incidencia de 4 por 1.000.000 de habitantes. Presenta serología positiva para anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo por inmunofluorescencia directa (ANCA IFI) con especificidad para patrón de fluorescencia perinuclear (P-ANCA) y mieloperoxidasa (MPO). Típicamente se manifiesta con glomerulonefritis y hemorragia alveolar. Se maneja con corticoides e inmunosupresores hasta la inactivación de la enfermedad, luego corticoides a mantención.

El debut con epistaxis es inusual, por lo que desorienta el diagnóstico inicial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 57 años, con hipertensión arterial e hipotiroidismo, evaluada en otorrinolaringología por epistaxis bilateral, recurrente, de 7 años de evolución, moderada cuantía, cede con taponaje vestibular, sin prurito nasal, rinorrea, ni obstrucción nasal. Sin clínica renal ni pulmonar.

Manejada como rinitis alérgica, sin mejoría, por tanto se pide una nasofibroscopia que evidencia costras vestibulares con vasos prominentes a ambos lados del vestíbulo nasal, sin otras alteraciones. Entonces se sospecha vasculitis, se pide inmunología y derivación a medicina interna. Sin alteraciones en hemograma ni coagulación. Inmunológico: anticuerpo antinuclear (+), ANCA IFI (+), MPO (+), en consecuencia, se deriva a reumatología para manejo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La PAM es una vasculitis autoinmune que se manifiesta con compromiso renal y pulmonar, la epistaxis es inusual. Entonces en esta paciente, primero se evaluaron causas habituales de hemorragia nasal. Lo positivo es que, aunque no respondió al manejo inicial, se escaló en su estudio permitiendo sospecharse adecuadamente una vasculitis, que luego se confirmó con el estudio inmunológico.

Este trabajo busca instar a que, si la epistaxis no presenta características benignas, realizar un estudio adecuado.

PALABRAS CLAVE

Epistaxis, Poliangeítis microscópica, Vasculitis.

DEBUT DE SÍNDROME DE EVANS EN PACIENTE ADULTO; A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Latorre Barbano Martina¹, Gatica Correa Martín¹, Ferdman Jorquera Santiago¹, López Godoy Catalina¹, Cartagena Rubilar Matías², Cartes Guzmán Emil³.

1. Estudiante de séptimo año de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.
2. Estudiante de séptimo año de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.
3. Médico cirujano de la Universidad Mayor, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Evans (SE) es la coexistencia de dos o más citopenias inmunitarias, frecuentemente anemia hemolítica autoinmune (AHAI) asociado a púrpura trombocitopénica inmune (PTI). No hay cifras exactas de prevalencia mundial; aproximadamente el 0.8 a 4% de los pacientes con trombocitopenia inmunitaria o AHAI padecen este síndrome. Suele manifestarse en población pediátrica, y ser secundario a enfermedades reumatológicas, infecciosas, inmunodeficiencias y trastornos linfoproliferativos. Se presenta un caso de diagnóstico y manejo de Síndrome de Evans en paciente adulto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 50 años, sin antecedentes mórbidos previos, que tras días posterior a inmunización para COVID-19 con vacuna Moderna, inicia cuadro de gingivorragia, petequias y hematoquecia, por lo que consulta al Servicio de urgencia. Ingresa hemodinámicamente estable, con sangrado activo. En exámenes de laboratorio destaca trombocitopenia severa (8.000/uL). Por sospecha de PTI, se hospitaliza en Unidad de Tratamiento Intensivo y se administra Metilprednisolona EV por 5 días, sin respuesta plaquetaria, por lo que se indica Inmunoglobulina EV, logrando nivel plaquetario de 242.000/uL.

Posteriormente, presenta nuevamente trombocitopenia severa (4000/uL) asociado a sangrado. Al cuadro se agrega anemia severa (Hb 6.8), índice de reticulocitos mayor a 3%, LDH aumentada, hiperbilirrubinemia indirecta, test de Coombs directo positivo, IgG positiva, Tomografía de abdomen con esplenomegalia leve. Se diagnostica SE;

donde estudio etiológico resulta negativo para infección y neoplasia, y panel reumatológico solo destacó C3 y C4 bajos, sin clínica que configure mesenquimopatía. Impresionando causa idiopática, se inician pulsos de Dexametasona, y Rituximab semanal. Paciente evoluciona satisfactoriamente, al alta Hb 13.2 (respuesta completa de AHAI) y plaquetas 81.000/uL (respuesta parcial de PTI).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Destacamos el caso de una patología infrecuente, atípico respecto a la edad de presentación y clínica de hematoquecia, donde cobra relevancia la alta sospecha para llegar al diagnóstico, dado que no coincide con el perfil clásico del SE. En lo etiológico, llama la atención que el estudio concluye un origen idiopático, siendo el único factor relacionado al inicio del cuadro la vacunación para COVID-19.

PALABRAS CLAVE

Púrpura trombocitopénica idiopática, Anemia hemolítica, Hematología.



CASOS CLÍNICOS



ABORDAJE EN UN NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO A REPETICIÓN EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO

Autores y tutores: Cumsille Diaz Sofia¹, Bravo Silva Camila¹, Arcos Moraga Javier¹, Caballero Guajardo Hugo², Piñeiro Quizas Matías², Vicuña Fernández Patricio³

1. Interno/a de Medicina. Universidad de Talca, Talca.
2. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago.
3. Médico especialista en Cirugía, Universidad de Santiago de Chile, Santiago.

INTRODUCCIÓN

Neumotórax consiste en la presencia de gas en el espacio pleural, que conlleva distintos grados de colapso pulmonar. Un neumotórax espontáneo (NE) es el cual aparece sin un evento traumático previo, sub dividiéndose en primario y secundario. El NE primario es una condición médica que ocurre en un individuo sin condiciones pulmonares patológicas previas. Su incidencia en hombres se estima entre 7,4 - 18 casos por 10.000 habitantes-año y entre 1,2 y 6 casos por 100.000 habitantes-año en mujeres, más del 90% presenta antecedente de tabaquismo. Se caracteriza por dolor pleurítico súbito y disnea, al examen físico presenta hipomotilidad torácica, hipersonoridad y disminución del murmullo pulmonar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 40 años, no fumadora, con antecedente de cardiopatía congénita con comunicación interauricular (CIA) sin tratamiento y NE derecho a repetición en 2017 y 2020 con compromiso pulmonar del 60% y 40% respectivamente. Consultó por dolor tipo pleurítico en tórax derecho súbito, disnea y capacidad funcional III, murmullo pulmonar disminuido en campo derecho e hipomotilidad torácica. Se realizó Tomografía contrastada de tórax impresionando atelectasia y neumotórax comprometiendo >50% del hemicampo derecho, ecocardiograma demostró dilatación biauricular, dilatación de tronco y ramas pulmonares, insuficiencia tricuspídea leve y CIA tipo ostium secundum con repercusión hemodinámica. Se hospitalizó con instalación de Pleur-Evac sin complicaciones y con buena evolución, decidiéndose clampleo 4 días después, desarrollando posteriormente dificultad respiratoria por lo que se decidió traslado a

Hospital de referencia para Cirugía toracoscópica asistida por video (VATS, por sus siglas en inglés).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La paciente debutó a temprana edad con tres NE a repetición, descartando CIA como causante, presentando bullas con necesidad de intervención VATS en su tercer episodio. Por su parte, algunos estudios establecen el tiempo de intervención ideal para VATS al segundo episodio ipsilateral o al primero contralateral.

El neumotórax corresponde a una patología de baja prevalencia en la población femenina, puede tener variadas causas, siendo de importancia una intervención a tiempo con VATS y toma de biopsia para descartar patologías malignas/inflamatorias.

PALABRAS CLAVE

Disnea; Neumotórax; VATS.



ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EMBÓLICO DE ORIGEN INDETERMINADO EN MUJER JÓVEN: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Jara Corvalán Catalina¹, Cabezas Peña María¹, Manríquez González Catalina¹, Prado Corales Germaine¹, Möller Turra Emilio¹, Salinas Aravena Eliezer² jemplo²

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Médico Cirujano Universidad Pedro de Valdivia, Neurología adulto Universidad Mayor.

INTRODUCCIÓN

Accidente cerebrovascular (ACV) embólico de origen indeterminado (ESUS), corresponde a un ACV isquémico no lacunar sin etiología convincente. Criterios son: ACV isquémicos detectados en tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM), ausencia de aterosclerosis que generen estenosis mayor o igual 50% en vasos tributantes a región cerebral, sin factores de riesgo mayor cardioembólicos y sin otra causa identificada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 35 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en urgencias por cuadro de cefalea, vértigo, vómitos biliosos, disartria y debilidad en extremidad superior derecha, de 3,5 hrs de evolución carácter transitorio, que cede espontáneamente y reincide al momento de consultar. Se realiza TC Cerebro sin contraste informado sin alteraciones. Se hospitaliza para estudio y manejo con neuroprotección.

RM Protocolo STROKE, informa: lesión a nivel de puente parasagital izquierda. Se realiza estudio etiológico donde destacan: perfiles glucémicos, parámetros inflamatorios, electrolitos plasmáticos y perfil reumatológico normales. Panel Viral hepático: negativo. AngioTC de cuello y cerebro dentro de límites normales. Ecocardiograma transesofágico con prueba de burbuja negativo. Holter de Ritmo sin alteraciones. Nueva RM con gadolinio

demuestra evolución favorable, por lo que es dada de alta, con controles por Neurología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

ESUS representa el 20% del total de pacientes con ACV isquémico, cuya tasa de recurrencia es del 4-5% anual. Se recomienda un estudio etiológico completo considerando causas más probables: fibrilación auricular encubierta, cardiopatía auricular, enfermedad ventricular izquierda, placas ateroscleróticas, foramen oval permeable, enfermedad cardíaca y cáncer. El tratamiento anticoagulante se evalúa en cada caso, a fin de disminuir la recurrencia. Como en el caso presentado, donde se confirma el diagnóstico, sin indicación de anticoagulación.

PALABRAS CLAVE

Accidente cerebrovascular, Embolia y Trombosis intracraneal, Infarto cerebral.

AMILOIDOSIS PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Gutierrez Parada Sofia¹, Jara Gamonal Daniela¹, Otarola Derpich Isidora¹, Correa Barra Sebastian¹, Ortiz Cartes Maria¹, Luengo Osorio Gonzalo²

1. Interno (a) de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Médico General, Hospital San José de Victoria, Chile.

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis se genera por depósitos de amiloide. Se clasifica en primaria (AL) y secundaria (AA). En la amiloidosis AL se depositan fragmentos de cadena ligera de inmunoglobulina, clínicamente incluye proteinuria, edema, hepatoesplenomegalia, insuficiencia cardíaca y síndrome del túnel carpiano. La proteína monoclonal es detectable en orina y/o suero en >95% de los pacientes afectados si se incluye inmunofijación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente con disnea y dolor torácico de larga data. Al examen físico destacan mucosas pálidas, equimosis antebrazos, soplo sistólico III/VI en foco aórtico y hepatomegalia. Exámenes de laboratorio destaca Hb 5,4 g/dl, trombocitopenia hasta 85.000 y Creatinina 6.4 mg/dl.

El paciente evoluciona con anasarca, crepitaciones pulmonares y hematuria. Se realiza ingreso a UTI para mayor monitorización.

La ecografía abdominal describe hepatopatía crónica. esplenomegalia. Se realiza Endoscopia digestiva alta que resulta normal y Pielotac con nefropatía renal bilateral.

Exámenes inmunológicos y marcadores tumorales negativos.

Se solicitó electroforesis de proteínas/inmunofijación en suero que describen peak monoclonal lambda, la

biopsia de tejido adiposo resultó compatible con amiloidosis primaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La Amiloidosis primaria es subdiagnosticada dado que su presentación clínica es similar a otras patologías y el diagnóstico es mediante biopsia.

La principal manifestación es el compromiso cardíaco y renal, siendo el primero la principal causa de morbi-mortalidad en estos pacientes. La sospecha debe ser alta, ya que el retraso en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento genera gran impacto en la calidad de vida y en la mortalidad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Immunoglobulin Light-chain Amyloidosis, Immunoproliferative Disorders, Primary Systemic Amyloidosis

ANGINA BULLOSA HEMORRÁGICA, CUANDO LA SEMIOLOGÍA HACE EL DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores y tutores: Cendoya Ferrada Montserrat¹; Erazo Neira Josefa²; Carrasco Rippley Pamela¹; Briones Monsalve Sebastián¹; Delgado Schneider Carolina³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción.
3. Médica Cirujana, Anatómo Patóloga de Hospital Guillermo Grant Benavente, Profesora asociada Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

La angina bullosa hemorrágica (ABH) se caracteriza por vesículas o ampollas con contenido sanguíneo, única o múltiples, generalmente asintomáticas pudiendo ser dolorosas, de aparición repentina y eventual ruptura espontánea curando sin dejar cicatriz. La zona más afectada es el paladar blando pero existen reportes de casos en mucosa bucal, borde lateral lingual, pilar de las fauces, mucosa faríngea y esofágica. Presenta una mayor frecuencia entre 50 y 70 años, sin predilección por sexo.

De etiología incierta, con factor de riesgo relevante el trauma local menor del tejido, causado por el consumo de bebidas calientes, alimentos ásperos, procedimientos dentales o anestesia local. El diagnóstico es clínico, pero requiere efectuar el descarte de discrasias sanguíneas o enfermedades bullosas principalmente, como eritema multiforme, pénfigo, trombocitopenia y enfermedad de Von Willebrand.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 25 años, chilena, sin antecedentes de coagulopatía. Consulta por lesiones ampollares violáceas en cara interna de la mejilla, pilar de las fauces y paladar blando, posterior a ingesta de líquidos calientes junto a pan tostado, de 2 horas de latencia. Clínicamente iniciaron con una sensación de cuerpo extraño, aumento de volumen, e instalación súbita de dolor, exacerbados con la disección hacia planos posteriores, con resolución por ruptura y drenaje de contenido hemorrágico. A la inspección se identifican ampollas delimitadas, violáceas, bordes netas, con mucosa friable. Sin drenaje activo de su contenido. Se solicita hemograma y pruebas de coagulación para descartar desordenes hemorrágicos, ambas pruebas normales, por lo que se diagnostica ABH. Se recomienda

enjuague antiséptico para reducir síntomas y evitar una infección secundaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

ABH se describe habitualmente como lesión única en paladar blando y personas mayores; sin embargo nuestro caso fue una paciente joven con lesiones múltiples en distintas localizaciones tras consumo de líquidos calientes, similar al caso descrito por Patigaroo et al, con una paciente de 28 años con múltiples lesiones bullosas hemorrágicas posterior a una intervención quirúrgica.

Es importante la semiología, la anamnesis estableció el antecedente de trauma menor y descartó síntomas hemorragíparos, que asociados al examen físico de la lesión elemental; permitió sospechar ABH.

PALABRAS CLAVES

Ampolla; Mucosa oral; Paladar blando.

APENDICITIS AGUDA DE UBICACIÓN INFRECUENTE COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE UN CASO

Autores y tutores: Arriagada Recabarren Bastián¹, Henríquez Concha Gonzalo¹, Aguilera Abarca Nicolás¹, Venturelli Escobar Constanza¹, Venturelli Escobar Constanza¹, Valenzuela Melo Camila¹, Figueroa Navarro Julián².

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

INTRODUCCIÓN

Apendicitis es de las causas más frecuentes de abdomen agudo y suele requerir una intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones. El apéndice ubicado en región abdominal atípica puede conducir a retraso en tratamiento adecuado debido a los síntomas atípicos. La base apendicular suele ubicarse en cara posteromedial cecal, mientras que la punta apendicular puede encontrarse en varios sitios, donde las más comunes son: retrocecal (retrocólico), para-cecal, sub-cecal, pélvica o intraperitoneal descendente, o pre-ileal y post-ileal. Por otro lado, las más inusuales son: cólica izquierda (situs inversus), subhepática, peri duodenal, periureteral derecho, peri rectal (pélvica), escrotal (hernia inguinal).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 34 años consulta por 1 día de dolor hipocondrio derecho con diarrea, anorexia y vómitos. Al examen físico destaca abdomen blando, depresible, sensible fosa iliaca derecha y signo de blumberg positivo. Exámenes: leucocitos 18.300, PCR 58 y tomografía axial computarizada con signos de apendicitis aguda y una localización del apéndice subhepática, en hipocondrio derecho. Se hospitaliza para resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este motivo, dolor abdominal en hipocondrio derecho, nos da diagnósticos diferenciales que se enfocan a patología hepato-biliar y pancreática, principalmente. En este caso clínico, el estudio cambia toda perspectiva por la posición apendicular atípica. Se describe que los apéndices con localización atípica dan apendicitis con

clínica atípica, la posición subhepática, es difícil diferenciar de una colecistitis, absceso hepático, cólico renal derecho o pielonefritis. Lo que coincide con el cuadro presentado, con dolor en hipocondrio derecho, generando duda diagnóstica.

Conocer variantes anatómicas es importante para cirujanos, ya que puede conducir a un diagnóstico erróneo y, en consecuencia, una incisión quirúrgica inadecuada. La localización apendicular es variable ya sea por variantes en longitud o en posición cecal. Por esto, médicos y radiólogos deben estar conscientes de los síntomas atípicos, ayudando a evitar diagnósticos erróneos y minimizar el retraso de un tratamiento óptimo.

PALABRAS CLAVE

Appendix location, Acute appendicitis, Abdominal pain.

ATAXIA CEREBELOSA AGUDA SECUNDARIA A ENTEROVIROSIS EN ADOLESCENTE

Autores y tutores: Vidal Mesina Karina¹ Guerra Abarca Maximiliano¹ Andrade Agilar Gabriela¹ Lagos Ortiz Cristóbal² Bozzo Camponovo Paolo³ Abarzua Loyola Alejandro⁴

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.
3. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Puerto Montt.
4. Médico Pediatra, Universidad de Chile, Hospital Dr. Mauricio Heyermann, Angol.

INTRODUCCIÓN

La ataxia es un trastorno que afecta marcha, equilibrio y coordinación de movimientos, su presentación aguda representa 0,02% de visitas a urgencias pediátricas. Su etiología incluye entidades benignas autolimitadas y otras potencialmente mortales como tumores, infecciones, y alteraciones vasculares. La cerebelitis aguda, etiología más común, generalmente ocurre posterior a un proceso infeccioso viral, siendo la varicela la más frecuente, típicamente se desarrolla en preescolares, aunque también pueden verse afectados niños mayores y adolescentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 11 años sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias por cuadro de 2 días caracterizado por marcha atáxica, cefalea y vértigo. Se realiza Angiotac de cerebro y cervical, informada dentro de límites normales. Se pesquisa antecedente de cuadro de gastroenteritis aguda hace 14 días. En exámenes destacan parámetros inflamatorios en rango normal, se realiza punción lumbar; citoquímico sin alteraciones, Gram, cultivo y panel viral resultado negativo. Paciente mantiene vértigo y náuseas durante hospitalización, al examen físico se encuentra vigil, tranquilo, orientado temporoespacialmente, con disimetría mayor a derecha, inestabilidad de tronco y ataxia de marcha. Es evaluado por Otorrinolaringología, realizando examen VIII par sin alteraciones. Es evaluado por Neurología y se decide realizar resonancia cerebral que es informada sin hallazgos patológicos. Por consiguiente, se plantea diagnóstico de síndrome atáxico cerebeloso

postinfeccioso por lo que se decide alta con control ambulatorio posterior

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El síndrome atáxico agudo pediátrico requiere un enfrentamiento adecuado, el diagnóstico de cerebelitis aguda se realiza clínicamente luego de descartar causas potencialmente más graves. Se debe sospechar frente a inicio abrupto de ataxia, especialmente ante enfermedad prodrómica infecciosa en semanas previas. Si bien la varicela, es la causa más común, se han asociado otros patógenos. En este caso el antecedente de gastroenteritis aguda fue fundamental. En el enfrentamiento de urgencias, es necesario realizar punción lumbar, que suele ser normal. El apoyo por neuroimágenes se solicitará solo ante dudas diagnósticas.

PALABRAS CLAVE

Ataxia cerebelosa, Gastroenteritis, Marcha atáxica.

COMA MIXEDEMATOSO COMO CAUSA DE DESCOMPENSACIÓN EN ADULTO MAYOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Maite González Flores¹ Gabriela Vivallo Sanhueza¹ Marcela González Flores² Camila Vásquez Ormeño¹ Franco Calfumil Hidalgo³

1. Interna de Medicina, Universidad de La Frontera
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera
3. Médico General, Clínica Alemana de Temuco

INTRODUCCIÓN

El coma mixedematoso (CM) es la expresión máxima de descompensación del hipotiroidismo, su presentación incluye la alteración de diversos sistemas debido al déficit de la función tiroidea. La gravedad del cuadro y su alta mortalidad hace necesario conocer su clínica para sospecharlo y entregar un manejo oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y tiroidectomía total. Consulta en urgencias por cuadro de 1 día de disnea progresiva y dolor torácico. Ingresa soporosa, hipertensa, taquicárdica, eutérmica, con dificultad respiratoria, al examen físico presenta edema facial y en 4 extremidades, facie mixedematosa y disminución de ruidos hidroaéreos. Radiografía de tórax: cardiomegalia, signos de congestión pulmonar y derrame pleural; en exámenes de laboratorio destaca proBNP 827, Gases arteriales pH 7.47, pO₂ 82.7, pCO₂ 45.8. Ingresa a unidad de paciente crítico, con requerimiento de drogas vasoactivas, ventilación mecánica no invasiva y terapia depleitiva. Ecocardiograma muestra derrame pericárdico, fracción eyección 22%. Por sospecha de insuficiencia cardíaca secundaria a hipotiroidismo debido a la falta de adherencia al tratamiento se toma TSH: 94, T4L: 0.04, score 70 puntos para diagnóstico de CM. Se carga con levotiroxina 500ug/día, luego 200ug/día e hidrocortisona en bolo. En el transcurso de los días con mejoría clínica importante se da

de alta, se controlan pruebas tiroideas a las 4 semanas TSH: 4.8, T4L: 1.19.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El CM es la complicación más grave del hipotiroidismo, siendo prevalente en > 60 años y sexo femenino. Los factores precipitantes más frecuentes son infecciones (52%) y abandono del tratamiento (37%). Para llegar al diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha, por lo que es importante conocer las características clínicas del cuadro debido a la baja actividad de la hormona tiroidea. En este caso se efectuó una adecuada evaluación inicial de la paciente, tomando en cuenta sus antecedentes y utilizando la escala diagnóstica de CM, lo que permitió un diagnóstico rápido y un tratamiento óptimo, basado en la administración precoz de altas dosis de levotiroxina y el manejo específico de desencadenantes, en este caso la suspensión de la terapia.

PALABRAS CLAVE

Enfermedades de la Tiroides, Hipotiroidismo, Mixedema

CORISTOMA PANCREÁTICO EN INTESTINO DELGADO A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Rivera Arias, Francisca (1); Montesinos Pérez, Catalina (1); Petermann Toledo, Daniela (1); Cortés Salinas, Matías (1); Solís Huerta, Felipe (2).

1. Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
2. Cirujano digestivo, Servicio de cirugía, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

INTRODUCCIÓN

La heterotopía o coristoma pancreático (CP) es la presencia de tejido pancreático fuera de su localización habitual, que carece de continuidad anatómica y vascular con el páncreas normal. Se presenta un caso de obstrucción intestinal causado por CP.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años, con antecedentes de colecistectomía y pancreatitis aguda, acude a urgencias por cuadro de 2 días de evolución con dolor abdominal cólico difuso, vómitos y diarrea. Al examen físico destacó dolor difuso a la palpación sin signos de irritación peritoneal. Junto con manejo sintomático se realiza TAC abdominal el cual muestra: engrosamiento parietal semicircunferencial en yeyuno que genera obstrucción intestinal parcial de las asas del intestino delgado. Hallazgo es sugerente de neoplasia con suboclusión intestinal, no se observan signos de diseminación abdominopélvica. Debido a sospecha de neoplasia se decide hospitalizar y realizar laparotomía exploratoria con resección de masa a 30 cm del ángulo de treitz y anastomosis de yeyuno con técnica de Barcelona. Se envía muestra completa a biopsia la cual determina: segmento intestino delgado con hallazgos histopatológicos compatibles con heterotopia pancreática (coristoma

pancreático) intramural, bordes quirúrgicos libres. Paciente evoluciona de manera favorable, sin complicaciones, actualmente en control ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El CP corresponde a una presentación poco conocida de tumor en el tracto gastrointestinal, son un hallazgo generalmente incidental y asintomático pero pueden presentarse principalmente con dolor abdominal, hemorragia intestinal y vómitos dependiendo de su ubicación y si produce obstrucción.

Es importante la sospecha y debe ser considerado como posible diagnóstico para un manejo y tratamiento adecuado. La resección debe realizarse solo en casos sintomáticos.

PALABRAS CLAVE

Coristoma, Obstrucción intestinal, Páncreas

DEBUT DE TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA SEVERA CON EPISTAXIS INCOERCIBLE EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Francisca González Rocco¹, Oscar Castillo Grothusen¹, Javiera Rivas Morales¹, Macarena de Paulo Muñoz¹, Catalina Montes Baeza².

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
2. Residente de Pediatría, Médico Cirujana, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia inmune primaria (PTI) es la enfermedad hematológica inmune más frecuente en pediatría. Se caracteriza por trombocitopenia menor a 100.000/mm³. La clínica varía desde asintomática hasta manifestaciones hemorrágicas severas, las cuales pueden llegar a comprometer la vida del paciente. La incidencia en edad pediátrica es de 10 casos por 10.000 niños/año.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Escolar femenina, de 8 años, con antecedente de asma bronquial, sin otros antecedentes mórbidos ni familiares relevantes, con estilo de vida saludable. Consultó en urgencias por epistaxis intermitente de una semana de evolución asociado a lesiones en mucosa oral. Al examen físico destacó taquicárdica, normotensa, con epistaxis activa, y equimosis en extremidades inferiores, sin adenopatías palpables ni visceromegalia. En estudio de laboratorio destacó trombocitopenia de 3.000/mm³. Se hospitalizó en Pediatría con sospecha de debut de PTI, indicándose ácido tranexámico en bolo 250 mg EV (10mg/kg), inmunoglobulinas IV (IGIV) 250 gr EV por una vez (1 gr/kg) y transfusión de plaquetas (TP) 3 unidades (1U/10kg) por sangrado activo asociado a taponamiento frustrado. Persistió con trombocitopenia severa y se indicó nueva TP y metilprednisolona 30 mg/kg/día. Otorrinolaringología realizó cauterización y taponamiento. Presentó evolución tórpida, con anemia, persistencia de epistaxis intermitente y trombocitopenia, requiriendo

nuevamente IGIV 1gr/kg y múltiples TP y glóbulos rojos. Se amplió estudio con mielograma compatible con PTI, ecografía abdominal y estudio reumatológico, normales. Evolucionó favorablemente, sin sangrado activo, con plaquetas en 114.000/mm³, por lo que se decidió alta y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La PTI severa se presenta hasta en el 4% de la población pediátrica, existiendo riesgo de compromiso vital. En este caso, ante la sospecha diagnóstica se indicó IGIV y antifibrinolíticos, concordante con literatura, asociado a TP dado trombocitopenia extrema con sangrado activo sin respuesta a hemostasia local. Respecto a la evolución tórpida, es imprescindible conocer el manejo según grado de respuesta terapéutica, y así, escalar tratamiento y ampliar el estudio en búsqueda de diagnósticos diferenciales en forma oportuna, tal como se realizó.

PALABRAS CLAVE

Epistaxis, Trombocitopenia, Pediatría.

EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO, REFRACTARIO A TRATAMIENTO MÉDICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Hidalgo Espinoza, Elizabeth¹; Jara Corvalán, Catalina²; Contreras Brandt, Francisco²; García Soto, Renato²; Letelier Reyes, Mariel²; Álvarez Hott, Franzel³.

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Interno de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
3. Ginecoobstetra, Hospital San José de Victoria.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) corresponde a la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. Ocurre en el 2% de los embarazos, siendo 96% de ubicación tubárica. Es una importante causa de mortalidad materna, alcanzando hasta el 10% en algunas series. Su manejo médico, reservado para cierta población de pacientes, posee altas tasas de éxito. Sin embargo, inclusive bien indicado, puede evolucionar a cuadros que requieran de intervención quirúrgica para salvar la vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 21 años, nulípara, con diagnóstico previo de EE derecho no complicado en manejo médico con 75 mg de metotrexato IM (B-HCG inicial 1354 MUI/ml), con buena respuesta. En su octavo día post administración, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha. Al examen físico se encontraba taquicárdica, bien perfundida; abdomen con signo de rebote positivo. En la ecografía transvaginal destacaba una imagen heterogénea, adyacente al ovario derecho, con escaso líquido libre circundante. Ante posibilidad de complicación, se decide laparoscopia exploratoria en donde se evidencia hemoperitoneo moderado, tuba uterina derecha elongada y dilatada, con solución de continuidad de 5 mm. Se realiza salpingectomía derecha. La paciente evoluciona en buenas condiciones, dándose de alta 24 hrs post pabellón.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El manejo médico del EE requiere de una paciente confiable, con acceso expedito a centro médico, hemodinámicamente

estable, con EE no complicado, sin latidos embrionarios presentes en la ecografía, BHCG inicial < 5000 MUI/ml, sin lactancia activa y sin un embarazo normotípico concomitante. Bien indicado, tiene una tasa de éxito de 90% en protocolo de dosis única. En casos como el de nuestra paciente, que evolucionan con rotura tubárica y hemoperitoneo, se indica tratamiento quirúrgico de urgencia. Este puede consistir en salpingostomía (ideal para casos no complicados o donde se busque mantener la fertilidad) o salpingectomía (para pacientes hemodinámicamente inestables, con daño tubárico irreparable y/o paridad cumplida).

Cuando se encuentra bien indicado, el tratamiento con metotrexato de los EE tiene bajas posibilidades de complicación. Sin embargo, casos como este nos muestran que el monitoreo frecuente es siempre necesario para pesquisar de manera temprana complicaciones potencialmente letales.

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico, Metotrexato, Salpingectomía.



ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA EN ESCOLAR CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA FOCAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Autores y tutores: Jara Corvalán Catalina¹ Vidal Mesina Karina¹ Guerra Abarca Maximiliano¹ Garrido Escarate Bárbara¹ Rebolledo Bennett Constanza¹ Abarzúa Loyola Alejandro²

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor.
2. Médico Pediatra, Hospital Dr. Mauricio Heyermann.

INTRODUCCIÓN

La encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM), es una patología autoinmune desmielinizante del sistema nervioso central. Posee incidencia anual de 0,3-0,6 por 100.000 habitantes y 30% de mortalidad. Comúnmente asociada a infecciones previas o vacunación. Su presentación clínica es inespecífica, caracterizada por disfunción neurológica aguda, puede haber signos meníngeos y crisis epilépticas. La resonancia magnética (RM) es de elección para su diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Escolar femenina de 6 años con antecedente de epilepsia focal, síndrome hipotónico, retraso del desarrollo psicomotor global y del lenguaje. Ingresa por cuadro respiratorio compatible con bronconeumonía que evoluciona favorablemente, sin embargo, durante hospitalización presenta temblor en reposo, crisis de ausencia y múltiples crisis focales complejas de 60 a 90 segundos en extremidad izquierda asociado a desaturación. Debido a episodio febril y compromiso de conciencia, se realizó punción lumbar y hemocultivos, resultando negativos. Estudio con Electroencefalograma (EEG) y privación de sueño, informó actividad epileptiforme temporo-parieto-occipital derecha. La RM evidenció lesiones hiperintensas en T2 e hipointensidad en T1 de sustancia blanca difusas en ambos hemisferios cerebrales y cerebelo izquierdo, hallazgo compatible con ADEM, se iniciaron pulsos de metilprednisolona y soporte ventilatorio. EEG control concluyó lentitud generalizada sin actividad epileptiforme. Se completa corticoterapia, con respuesta clínica e

imagenológica satisfactoria, recuperando funcionalidad basal sin secuelas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El diagnóstico de ADEM puede ser complejo, se basa en antecedentes, cuadro clínico y neuroimágenes. Este caso presentó un rápido deterioro clínico e intensificación en la frecuencia de crisis epilépticas, por lo que se sospechó infección descompensante, sin hallazgos sugestivos en líquido cefalorraquídeo y hemocultivos. Sin embargo, evoluciona con progresivo compromiso de conciencia, por consiguiente, frente a un diagnóstico incierto es importante ampliar estudios, incluyendo patologías neuroinmunológicas que generen desmielinización y encefalopatía. Pese al antecedente de epilepsia, se debe considerar la superposición de procesos autoinmunes post infecciosos, puesto que el manejo temprano es determinante en el pronóstico.

PALABRAS CLAVE

Encefalomiелitis Aguda Diseminada, Enfermedad Desmielinizante, Epilepsia

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA COMO MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Bascur Moenen-Loquez, Lucas¹; Matamoros Zapata, Javiera¹; Obreque Alvarado, Matías¹; Lazcano Díaz, Sebastián¹; Matamoros Zapata, Mariana²; Cerda Contreras, Francisco³.

1. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
3. Médico Internista, Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA), Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica de etiología desconocida, que afecta principalmente a mujeres jóvenes. La Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), es una manifestación infrecuente en LES, a diferencia de en otras enfermedades autoinmunes sistémicas, como la Artritis Reumatoide o Esclerodermia, con una prevalencia entre un 3-9%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer venezolana de 38 años, con antecedente de Artritis psoriásica (APs) en 2014. Ingresa al servicio de medicina interna del HHHA por cuadro de compromiso del estado general, mareos, disnea mMRC 3 y episodios de dolor opresivo retroesternal de 2 semanas de evolución. Refiere cuadros recurrentes de tos no productiva, artralgias de pequeñas articulaciones, sensación febril, Fenómeno de Raynaud y xerostomía. Al examen físico, palidez generalizada, mucosa oral seca, crépitos finos bibasales y esplenomegalia sensible a la palpación, sin signos de artritis activa ni secuelas de APs. Exámenes de ingreso, anemia moderada microcítica-hipocrómica, leucopenia leve, Test Elisa VIH (-), Tomografía Axial Computarizada (TAC) con poliadenopatías, hepatoesplenomegalia, derrame pericárdico y pleural leve, con EPID de patrón Neumonía Intersticial No Específica (NINE). En estudios complementarios, proteinuria de 1726 mg/día con exámenes inmunológicos ANA+ 1/1280 con patrón nuclear moteado grueso, Ac anti DNA+ (710.82) y FR+ (32.9), ENA+, LA+, RO+, SM+, diagnosticando un LES grave. Se

inicia tratamiento estándar, obteniendo buena respuesta terapéutica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se presenta un cuadro florido de LES en una mujer joven de tos crónica y dolor pleurítico recurrente atribuible a la EPID. Esto contrasta con la literatura, ya que se ha descrito que las EPIDs en LES predominan en hombres mayores de 50 años con una presentación de larga evolución y que cursan mayoritariamente de forma asintomática, donde la severidad de la afectación pulmonar no está determinada por sus marcadores serológicos. Es importante la sospecha de EPID en paciente con LES con clínica sugerente y la oportuna derivación por parte del médico general al especialista, por su fuerte asociación a una mayor morbimortalidad, considerando a la TAC de alta resolución como herramienta clave en el diagnóstico y clasificación según patrón pulmonar.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad del tejido conectivo, Enfermedad pulmonar intersticial difusa, Lupus eritematoso sistémico.

ERITEMA FLAGELADO POR SNACK DE VEGETALES DESHIDRATADOS. REPORTE DE CASO

Autores y tutores: Hofmann García Sofía¹, Möller Díaz Daniela¹, Campos Mora Rodrigo¹, Campos Montecinos Jorge¹, Rubén González-Cuevas²

1. Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago de Chile
2. Dermatólogo, Hospital del Salvador, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

El eritema flagelado (EF) corresponde a una erupción cutánea que se presenta como máculas o placas eritematosas de distribución lineal, que simulan latigazos o lesiones secundarias a grataje, sin embargo, aparecen de forma espontánea. Se observa principalmente en el tronco y clásicamente fue descrito en relación al tratamiento con Bleomicina, sin embargo, se han descrito otras causas, como la Dermatomiositis, Enfermedad de Still, uso de Peplomicina o ingesta de hongos Shiitake.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 37 años, sin antecedentes médicos previos, refiere aparición espontánea de rash, caracterizado por un exantema morbiliforme y eritema lineal, con compromiso de tronco y extremidades, con prurito leve, de aproximadamente 24 horas de evolución. Al interrogatorio niega síntomas de relevancia, baja de peso o uso de medicamentos, sin embargo, luego de un interrogatorio exhaustivo, se refiere el consumo de snack de vegetales deshidratados, que al inspeccionar los ingredientes, revela la presencia de hongos Shiitake. El paciente evoluciona favorablemente con el uso de antihistamínicos y lubricación de la piel, presentando resolución completa a las 2 semanas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El diagnóstico del EF es eminentemente clínico, siendo fundamental la anamnesis

para determinar causas fácilmente reconocibles, pudiendo ser necesario el estudio adicional si se sospechan diagnósticos diferenciales. En cuanto al tratamiento, dependerá de la causa, siendo el soporte sintomático el manejo más adecuado en los casos asociado a la ingesta de hongos Shiitake, pudiendo considerarse antihistamínicos, lubricación y corticoides a bajas dosis, debido a que el cuadro es autolimitado y de buen pronóstico. Si bien el EF por Shiitake es una dermatosis muy poco frecuente, es probable que, por los cambios en la conducta alimentaria y la mayor oferta de productos exóticos, exista un aumento en los casos. Debido a lo llamativo del cuadro, puede causar un estrés innecesario tanto para los pacientes como el personal sanitario, por lo tanto, reconocer esta entidad y las nuevas formas de presentación del hongo shiitake es esencial para evitar exámenes y realizar un manejo adecuado.

PALABRAS CLAVE

Dermatitis Shiitake, Eritema flagelado, Hongos Shiitake

ERITEMA INDURADO DE BAZIN GENERALIZADO COMO EXPRESIÓN ATÍPICA. REPORTE DE CASO

Autores y tutores: Möller Díaz Daniela¹, Hofmann García Sofía¹, Guiñez Cofré Ignacio¹, Campos Mora Rodrigo¹, Piñeiro Quizas Matías¹, González-Cuevas Ruben²

1. Interno/a de Medicina Universidad Autónoma de Chile, Santiago de Chile
2. Médico Dermatólogo, Profesor instructor Departamento de Dermatología, Universidad de Chile. Servicio de Dermatología, Hospital del Salvador.

INTRODUCCIÓN

El eritema indurado de Bazin (EIB) es una vasculitis de vaso mediano poco frecuente asociado a una paniculitis. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres adultas y se caracteriza por nódulos subcutáneos eritematosos, dolorosos al tacto y ulcerados de forma variable, que surgen clásicamente en la parte posterior de las piernas. Históricamente se ha asociado a exposición a Mycobacterium tuberculosis, sin embargo, no en todos los casos se logra identificar, llamándose vasculitis nodular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo, acude por presentar cuadro de 2 meses de evolución de manchas generalizadas, asociado a ardor y sensación de calor. Al examen físico se evidencian placas nodulares eritematosas en extremidades superiores e inferiores, con descamación leve superficial en algunas lesiones. Se palpan además linfonodos inguinales de aproximadamente 1 cm, sin úlceras ni evidencia de vasculitis. Se maneja como paniculitis en estudio y se toma biopsia, la cual informa interferón gamma tuberculosis (TBC) positivo y aspecto histológico compatible con paniculitis mixta, con focos de vasculitis, por lo que lo se diagnostica EIB. Se trata con Yoduro de potasio, Prednisona y quimioprofilaxis para TBC latente, con remisión adecuada del cuadro aproximadamente a las 3 semanas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El EIB es una forma poco común de paniculitis y puede ocurrir en asociación con TBC, otras enfermedades, medicamentos o de forma idiopática. El diagnóstico se basa en la presencia de hallazgos clínicos e histológicos consistentes. El EIB puede curarse si la causa subyacente se identifica y se trata con éxito. Dada la fuerte asociación del EIB con TBC, en todos los pacientes se debe buscar esta de forma activa. El yoduro de potasio oral es el tratamiento de primera línea, y los que tengan evidencia de TBC latente o activa deben recibir tratamiento estándar para TBC de acuerdo con las pautas actuales. A pesar de su baja frecuencia, es importante pesquisar el EIB, realizando una biopsia adecuada y el diagnóstico diferencial con las demás paniculitis para un tratamiento oportuno, disminuyendo así las recaídas, posibles complicaciones y lesiones cicatrizales.

PALABRAS CLAVE

Eritema indurado, Vasculitis nodular, Paniculitis

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: MÁS ALLÁ DEL LUMBAGO INFLAMATORIO.

Autores y tutores: Jameux Quitral, Paula¹; Ibacache Guzmán, Macarena¹; Haristoy Lagos, Pilar¹; Rojas Vargas, Javier²

1. Interna de Medicina, Universidad de Chile
2. Médico Internista, Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

La Espondiloartritis axial radiológica o Espondilitis Anquilosante (EA) es una artropatía inflamatoria que usualmente se presenta como lumbago crónico. Perteneció al espectro de las pelvispondilopatías (PEP), las cuales incluyen diversas manifestaciones como artritis periférica, sinovitis, entesitis, dactilitis, uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 30 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de un mes de artralgia de tobillo izquierdo con aumento de volumen inflamatorio. Dos semanas después se comprometen de igual forma rodilla y muñeca derechas por lo que acude a urgencias. Refiere astenia, anorexia, baja de peso significativa, y niega: diarrea, disuria, sangrado gastrointestinal, diaforesis, dolor lumbar y rigidez articular. Ingresa taquicárdico, febril, con poliadenopatías cervicales bilaterales indoloras, gomosas, no adheridas; placas eritematosas no ulceradas en glándula, artritis de tobillo izquierdo, muñeca y rodilla derechas. Además, aumento de parámetros inflamatorios, trombocitosis, anemia moderada, velocidad de eritrosedimentación y fosfatasa alcalina elevadas. Se hospitaliza por síndrome febril sin foco y oligoartritis en estudio. Se realiza artrocentesis con líquido articular inflamatorio no infeccioso, sin cristales. Estudio de anemia compatible con enfermedad crónica. Estudio de patógenos de transmisión sexual, genitourinarios y hepatotropos negativos. Hemocultivos, urocultivo, radiografía de tórax, estudio de tuberculosis y laboratorio reumatológico sin alteraciones. Descartándose artritis reactiva, se solicita resonancia magnética protocolo PEP con hallazgos sugerentes de EA, y antígeno

leucocitario humano (HLA B27) que resulta positivo. Con diagnóstico de EA se maneja con antiinflamatorios, metotrexato y sulfasalazina respondiendo parcialmente, debiendo escalar a terapia biológica logrando evolución favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La definición y criterios diagnósticos de las PEP están en evolución y discusión. Si bien el síntoma más prevalente en la EA es el dolor lumbar inflamatorio, la clínica es diversa e incluye dolor glúteo o sacroilíaco, cervicalgia, artritis de extremidades inferiores y otras manifestaciones de las PEP. El laboratorio es inespecífico, pudiendo haber elevación de parámetros inflamatorios y fosfatasa alcalina, anemia, y líquido sinovial inflamatorio. Según la clasificación actual, se diagnostica en pacientes menores de 45 años con dolor lumbar mayor a 3 meses, con criterios radiológicos o HLA-B27 positivo más otras manifestaciones de espondiloartropatías. En este caso, se diagnostica EA sin lumbago, presentación poco frecuente. Por esto, aunque la EA suele sospecharse a partir de lumbago inflamatorio, es importante conocer otras manifestaciones y considerarla como diagnóstico diferencial, en oligoartritis de extremidades inferiores.

PALABRAS CLAVE: Espondiloartritis axial, Espondilitis anquilosante, Lumbago inflamatorio

FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA COLECISTITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniela Vega Ajata.¹; Yesenia Iriondo Cadima.¹; Constanza Silva Paredes.¹; Mariana Valderrama Toledo.²; José Siccha Echevarría.³

- (1) Interno (a) de medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile
- (2) Interno (a) de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
- (3) Cirujano general, Equipo de Cirugía Digestiva Alta, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de las fistulas colecistoentéricas en pacientes con colelitiasis es del 0.15-8% y se presentan del 0.15-5% de todas las cirugías del tracto biliar, siendo más frecuentes los trayectos fistulosos colecistoduodenales (77-90%), colecistocolónicos (8-26.5%), coledocoduodenales (5%) y colecistogástricas (FCG, 2%).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 47 años con historia de dolor abdominal de larga data, diagnosticada de colelitiasis en 2018. Al momento de la consulta presenta leve ictericia muco-cutánea

La ecografía abdominal realizada muestra una vesícula escleroatrófica con marcada dilatación de la vía biliar (VB). Colangiograma RM informa vesícula biliar pequeña de 2,9x1,6cms y conducto hepático común de hasta 14mm de calibre con imagen ovoide en su interior.

La paciente es ingresada en el Hospital Regional de Antofagasta para realizar Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, durante la cual se visualiza VB de 25mm con cálculo de 30x20mm en su interior, se canuló VB principal y se extrajeron cálculos.

Posteriormente se realizó colecistectomía laparoscópica. Se observaron adherencias firmes de epiplón mayor a hígado, las cuales fueron retiradas. Posteriormente se observó estómago adherido al lecho vesicular, con mucha dificultad para poder disecar, no se

identifica vesícula biliar, por lo que se decide convertir a colecistectomía laparotómica. Se realiza incisión Kocher, no se visualiza vesícula, sí se identifica en estómago una masa palpable de consistencia blanda correspondiente a vesícula intragástrica, que se proyecta al exterior del estómago y se une con la VB disecada previamente. Se identifica Mirizzi y se procede a resolución con gastrectomía parcial y colecistectomía subtotal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Nuestra paciente consultó en múltiples ocasiones por cólico biliar y no acudió a control luego de remitir los síntomas. La FCG es una complicación tardía y poco frecuente de la colelitiasis crónica, por lo que es fundamental educar sobre la importancia de una resolución quirúrgica oportuna y las potenciales complicaciones de una colelitiasis de larga evolución.

PALABRAS CLAVE

colelitiasis; síndrome de mirizzi; coledocolitiasis; fístula biliar; fístula gástrica.



HEPATITIS AGUDA POR VIRUS DE EPSTEIN BAR EN MUJER DE 21 AÑOS INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO

Autores y tutores: Mac Millan Basiliu Nikos.¹, Meneses Rivera Leonel.¹, Menzel Soto Karin.¹, Ponce Gormaz Florencia.¹, Vicente Lebuy Manuel.¹, Rios Soto Mariana.²

1. Interno/a de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.
2. Médico Cirujano Servicio de Medicina Interna, Hospital Van Buren, Valparaíso

INTRODUCCIÓN

El Virus de Epstein Bar (VEB) pertenece a los herpes virus, se contagia principalmente a través de la saliva, tiene un periodo de incubación de aproximadamente 40 días y suele presentarse entre los 10-20 años. La tríada de fiebre, odinofagia y adenopatías bilaterales son los síntomas más comunes de la patología. Se asocia a placas de pus, hepatoesplenomegalia y rash post ingesta de betalactámicos. En 80% de los casos el virus produce una alteración leve de las transaminasas y en 5% causa una hepatitis aguda. El diagnóstico es serológico mediante anticuerpos heterófilos o anti VCA.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina 21 años, sin antecedentes, consulta por una semana de evolución de astenia, fiebre, odinofagia y compromiso de estado general, debido a clínica presentada se trató con amoxicilina más ácido clavulánico. Por persistencia de los síntomas reconsulta en servicio de urgencias Hospital Almirante Nef. Ingresa estable hemodinámicamente. Al examen físico destacan amígdalas hipertróficas exudativas y adenopatías submaxilares bilaterales dolorosas. Se hospitaliza como sospecha de flegmón periamigadalino, se realizó tomografía axial computarizada (TAC) de cuello contrastado el cual descarta la presencia de flegmón. En el laboratorio destaca leucocitosis con predominio linfocitosis, PCR elevada, monotest positivo y elevación sobre 500 U/L de alanina transaminasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) siendo interpretado como un patrón de hepatitis viral. Paciente se mantiene estable durante sus hospitalización por lo cual se decide alta al décimo día.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Al realizar estudio serológico se confirmó mononucleosis infecciosa asociada a hepatitis aguda por VEB. El caso clínico presenta la tríada clásica característica de la patología; fiebre, odinofagia, adenopatías. La edad coincide con la epidemiología y es clásico que se describa la falta de respuesta a tratamiento antibiótico en la literatura. No obstante, el caso presentó una hepatitis aguda, complicación que se presenta en menos del 5% de los paciente con infección por VEB, en cuanto a su tratamiento no existe fármacos o terapia específica, se recomienda hospitalizar para realizar observación clínica y curva de enzimas hepáticas. Cabe destacar la importancia de recordar el VEB como diagnóstico diferencial de amigdalitis.

PALABRAS CLAVE

Hepatitis, Mononucleosis, Virus

HIDROTÓRAX HEPÁTICO SIN ASCITIS INICIAL, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA

Autores y tutores: Cumsille Diaz Sofia¹; González Fuenzalida Javiera¹; Möller Diaz Daniela², Piñeiro Quizas Matías², Caballero Guajardo Hugo²; Medina Rodriguez Erika^{3,4}.

1. Interna de Medicina. Universidad de Talca. Talca.
2. Interno/a de Medicina. Universidad Autónoma de Chile. Santiago.
3. Médico Cirujano, Universidad de Carabobo, Carabobo, Venezuela.
4. EUNACOM, convalidación Universidad de Chile, Santiago.

INTRODUCCIÓN

El hidrotórax hepático (HH) es una complicación infrecuente de cirrosis hepática. Múltiples factores contribuyen a la acumulación de fluido en el espacio pleural, incluyendo hipoalbuminemia, poros diafragmáticos que permiten translocación de líquido ascítico y el drenaje desde el sistema linfático. Aunque no existen datos epidemiológicos recientes sobre cirrosis en Chile, su tasa de mortalidad alcanza un 25,1 por 100.000 habitantes. En población estadounidense, la literatura reciente indica que aproximadamente 4 a 12% de pacientes con cirrosis descompensada son afectados por HH.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 68 años con antecedentes de alcoholismo y daño hepático en etapa de cirrosis, sin control, consultó en urgencias por disnea de mínimos esfuerzos, dolor pleurítico en hemitórax izquierdo y tos productiva. A la evaluación destacó afebril, disminución del murmullo pulmonar en campo derecho, sin signos clínicos de ascitis y con parámetros inflamatorios de laboratorio elevados. Radiografía de tórax impresionó con extensa ocupación pleural y desplazamiento de estructuras mediastinales hacia contralateral, sin neumotórax y sin ascitis en estudio abdominal ecográfico al ingreso. Se realizó toracocentesis evacuadora, dando 3.5 L de líquido pleural tipo exudado, con cultivo contaminado y TBC negativo, cediendo sintomatología tras la punción. Se inició antibiótico empírico, ajustado luego por antibiograma, sin embargo, débitos pleurales continuaron sobre 2.5 L/día. Ecografía abdominal días posteriores reveló ascitis leve, correlacionando con cirrosis descompensada y, por lo tanto, HH, por lo

que se asoció Espironolactona y Furosemida, disminuyendo débito hasta 400 ml/día por 48 horas, con retiro de pleurostomía y posterior alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Dentro de los diagnósticos diferenciales del síndrome de ocupación pleural, la sospecha de HH es difícil debido a su baja prevalencia y cuadro clínico que puede ser poco específico. En este caso, la ausencia de ascitis al momento de ingreso y el líquido pleural con características de exudado evaluado por criterios de Light, dificultaron más el diagnóstico final. La buena respuesta terapéutica a diuréticos y terapia específica para un cuadro de cirrosis descompensada, orientan más el diagnóstico hacia HH. Es debido a esto que la alta sospecha diagnóstica, más exámenes de laboratorio e imagenológicos, resultan fundamentales para enfrentar esta patología.

PALABRAS CLAVE

Ascitis; Cirrosis hepática; Ocupación pleural.



HIPONATREMIA SECUNDARIA A SÍNDROME DE SILLA TURCA VACÍA, UNA PRESENTACIÓN POCO COMÚN

Troncoso R.¹, Correa S.¹, Huenchullán N.², Jara D.¹

1. Interno Medicina Universidad Mayor Temuco.
2. Médico general, Hospital de Victoria.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de silla turca vacía se caracteriza por herniación del espacio subaracnoideo dentro de la fosa hipofisaria, lo que puede significar distintos grados de compromiso de la glándula pituitaria y a la vez distintos trastornos endocrinos. La prevalencia del síndrome de silla turca vacía es de aproximadamente un 11% y los casos reportados de hiponatremia secundaria a este síndrome son escasos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Usuaria de Escitalopram, Quetiapina, Clotiazepam, Zopiclona y Risperidona.

Es derivada desde atención primaria por cuadro de desorientación episódica, vértigo y caída a nivel el día 30/12/21. En exámenes de laboratorio destacaba natremia de 114 mEq/dl.

Ingresa a servicio de medicina para manejo de hiponatremia severa sintomática con solución hipertónica al 3%. Logra estabilización de natremia al segundo día con sodio en 126 mEq/dl, se mantiene manejo con restricción hídrica, sin embargo, mantiene natremias a la baja.

Caracterización de hiponatremia: euvolémica, hipotónica, osmolaridad urinaria disminuida y sodio urinario elevado. Perfil tiroideo normal. ACTH matinal en 5.0 pg/ml y cortisol matinal 21.0 ng/ml, lo que sugiere hiponatremia secundaria a insuficiencia suprarrenal

secundaria, por lo que se inicia hidrocortisona a 10 mg matinal y 5 mg post almuerzo.

Se realiza RNM que muestra aracnoidocele selar levemente expansivo. Se diagnostica insuficiencia suprarrenal secundaria por síndrome de silla turca vacía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El cuadro clínico del síndrome de silla turca vacía puede manifestarse como cefalea, menstruación irregular, aumento de peso, alteraciones visuales y alteraciones endocrinas. El mecanismo por el cual este síndrome puede provocar hiponatremia se puede atribuir a que puede también producir insuficiencia suprarrenal secundaria. La consecuencia del hipocortisolismo es la imposibilidad de suprimir la vasopresina, llevando a la excreción inadecuada de agua libre. La insuficiencia suprarrenal es pocas veces sospechada al estudiar un paciente con hiponatremia.

PALABRAS CLAVE

Hiponatremia, Aracnoidocele, Suprarrenal

LESIÓN DE DIEULAFOY COMO ORIGEN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Marcela González Flores¹ Maite González Flores² Gabriela Vivallo Sanhueza² Camila Vásquez Ormeño² Franco Calfumil Hidalgo³

1. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera
2. Interna de Medicina, Universidad de La Frontera
3. Médico General, Clínica Alemana de Temuco

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia digestiva baja (HDB) se define como un sangrado gastrointestinal distal al ángulo de Treitz, habitualmente manifestado como hematoquecia. La lesión de Dieulafoy (LD) es una anomalía vascular, de localización más frecuente en estómago, donde una arteria de calibre aumentado erosiona la mucosa suprayacente, generando hemorragias profundas, generalmente altas. Aunque la LD no es causa frecuente de HDB, su gravedad hace necesario tener alto índice de sospecha y considerarla como diagnóstico diferencial de HDB.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 76 años, con antecedentes de fibrilación auricular en anticoagulación, hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia, es llevada a urgencias por presentar 5 días de hematoquecia, asociado a astenia, sin otros síntomas. Ingresa hemodinámicamente estable, se realizan exámenes de laboratorio, destacando anemia severa (hemoglobina: 5,5g/dL). Es hospitalizada requiriendo múltiples transfusiones. Se realizan endoscopías digestivas (ED) bajas para estudio etiológico de hematoquecia, en la primera no se observan lesiones sugerentes, en su segunda ED se observa lesión vascular submucosa en colon transverso con sangrado activo, compatible con LD, se realiza hemostasia con adrenalina, termocoagulación con argón plasma y endoclip, evoluciona favorablemente, por lo que se decide alta hospitalaria a los 5 días post procedimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La LD suele ser asintomática, la presentación con hemorragia es más

frecuente en hombres, en edades avanzadas, y con comorbilidades (diabetes mellitus, HTA, etc.), pueden ser sangrados masivos, únicos o recurrentes, siendo el dolor infrecuente, que se presenta en un 70% a nivel del estómago. En el caso de la paciente esta presenta factores de riesgo para hemorragia lo que fue concordante con la literatura, sin embargo, la localización de la LD a nivel de intestino grueso es poco habitual (2%), lo que dificultó el diagnóstico.

Al ser la LD infrecuente, su diagnóstico es difícil, por lo que la ED baja resulta esencial, sin embargo, la ausencia de sangrado activo dificulta aún más el diagnóstico con hasta 49% de falsos negativos en la primera ED por lo que es importante conocer las características de este cuadro para tener un alto índice de sospecha y de esta forma considerarla como diagnóstico diferencial de HDB.

PALABRAS CLAVE

Endoscopia, Hemorragia Gastrointestinal, Melena

MANEJO DESDE DEBUT A RECONSTITUCIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN Y PROCTOLÓGICAS. DE ENFERMEDAD DE COMPLICACIONES

Autores y tutores: Rivera Arias, Francisca¹; Romero Ulriksen, Josefa¹; Cortés Salinas, Matías¹; Catalina Maldonado Tisi, Catalina¹; Bello Aldama, Carlos²

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
2. Cirujano Coloproctólogo, Servicio de cirugía, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal, que afecta la mucosa del tracto digestivo, desde boca hasta ano, de causa desconocida. Tiene distintas presentaciones que determinarán el manejo, pudiendo ser médico o quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 29 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, acude a urgencias el año 2013 por absceso perianal asociado a fistula anorrectal, cuadro se resuelve quirúrgicamente. Posteriormente, consulta múltiples veces por mismo cuadro, los cuales se resuelven quirúrgicamente, realizándose biopsias con resultados inflamatorios inespecíficos.

El año 2015 se inicia tratamiento con corticoides, sin respuesta.

Por abscesos y fistulas a repetición, el año 2017 se realiza colostomía en asa para la resolución de los cuadros proctológicos derivando deposiciones, se toma biopsia, la cual fue compatible con EC.

Se inicia tratamiento con azatioprina y mesalazina con escasa respuesta, se suspenden al año.

El año 2021 inicia infliximab y reinicia azatioprina, logrando buena respuesta en controles con colonoscopias.

El año 2022, por buena evolución de cuadros proctológicos y estabilización de EC, se lleva a cabo reconstitución de

tránsito con la confección de una anastomosis colorrectal mecánica sin incidentes.

Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones en controles posteriores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la EC puede ser desafiante, al tener diversas presentaciones, severidad y diagnósticos diferenciales estos pueden causar confusión y retrasar el diagnóstico y tratamiento, cambiando pronóstico y estilo de vida.

En pacientes, como el expuesto, que presentan un debut agresivo como fistulizaciones anorrectales y menores de 40 años, las recomendaciones actuales indican iniciar terapia biológica precozmente con Infliximab.

PALABRAS CLAVE

Colostomía, Enfermedad de Crohn, Fístula Rectal.

MENINGITIS TUBERCULOSA, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE COMPROMISO DE CONCIENCIA A TENER EN CUENTA

Autores y tutores: Piñeiro Quizas Matías¹, Möller Diaz Daniela¹, González Fuenzalida Javiera², Cumsille Diaz Sofía², Guíñez Cofré Ignacio¹, Rodríguez Ireland Diego³

1. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago.
2. Interna de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
3. Médico Especialista en Neurología, Universidad de Chile, Hospital San Luis de Buin-Paine

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TBC) extrapulmonar, según la OMS, representa el 20-25% de los casos de enfermedad tuberculosa, mientras que la TBC meníngea alcanza una prevalencia de hasta un 18% de las formas extrapulmonares en países endémicos. Su presentación tiende a un curso subagudo a crónico, con elevada morbimortalidad y con tasa de secuelas neurológicas cercana a un 25%. La baja sospecha (principalmente en regiones no endémicas) predispone a un diagnóstico tardío, con retraso del inicio de la terapia y con consecuencias que pueden llegar a ser fatales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente haitiano de 49 años, sin antecedentes mórbidos y con brecha idiomática. Consultó a urgencias por cuadro de 2 semanas de evolución, caracterizado por tos no hemoptoica, disnea y fiebre, asociado a baja de peso y cefalea. Posterior a 2 semanas se agregó, compromiso cualitativo de conciencia: agitación, comportamiento errático y desinhibición. En estudios complementarios: Serología VIH negativa y Tomografía Computarizada (TC) de tórax sugerente de TBC pulmonar, confirmándose diagnóstico con baciloscopia de expectoración. TC de cerebro inicial no mostró lesiones agudas. Se inició tratamiento con esquema Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Eta mbutol presentando evolución mencionada a las 2 semanas, intensificándose compromiso de conciencia con aparición de signos meníngeos. En TC de cerebro de control se evidenció hidrocefalia no presente en estudio inicial. Finalmente, mediante Resonancia Magnética (RM) se confirmó

meningitis cisternal con tuberculomas y signos de hipertensión endocraneana. Al tratamiento antituberculoso se agregaron corticoides sistémicos y Acetazolamida, evolucionando de manera favorable clínica e imagenológicamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La alta sospecha de manera precoz, sumado a los estudios pertinentes con los análisis de líquido cefalorraquídeo y neuroimágenes, son esenciales para diagnosticar este subtipo de presentación de TBC, entidad poco frecuente en nuestro país con una prevalencia hasta ahora desconocida. En la literatura reciente, se describe que el manejo con corticoides sistémicos mejora y disminuye la tasa de morbimortalidad de esta entidad, siendo recomendados actualmente en todas las formas de presentación de TBC meníngea, independiente de su severidad.

PALABRAS CLAVE

Meningitis; Tuberculoma; Tuberculosis.



MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN CONTEXTO DE SÍNDROME DE HELLP INCOMPLETO Y PREECLAMPSIA SEVERA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Simone Neira M.¹, Constanza Silva P.², Maximiliano Ramírez R.¹, Makarena Erazo R.², Mariana Valderrama T.³, Daniel Isla P.⁴, Alejandra Vega R.⁵

1. Estudiante de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta Chile.
2. Interna de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta Chile
3. Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
4. Tutor. Médico Cirujano, Hospital Clínico Universidad de Antofagasta, Antofagasta Chile.
5. Tutora. Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta Chile.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de HELLP (SH) es una entidad poco frecuente con una elevada mortalidad materno-fetal. Para su diagnóstico este requiere de los siguientes criterios: hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia, en donde el SH incompleto cumple solo con 2 de estos

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente primigesta de 21 años quien consulta en el servicio de urgencias (SU) a las 26 semanas de gestación por epigastralgia, sin otros síntomas asociados; se toman exámenes de laboratorio, encontrando como una alteración, una trombocitopenia, la cual posterior al alta continua en seguimiento en el policlínico de alto riesgo obstétrico. Posteriormente, a las 31 semanas y 3 días de gestación la paciente vuelve al SU por epigastralgia y cefalea, asociadas a una crisis hipertensiva, la cual es manejada con labetalol y sulfato de magnesio. En el SU se realizaron controles de laboratorio, resultandos compatibles con un SH incompleto, por lo que se realizó una cesárea de urgencia. Posteriormente, a pesar del manejo médico, la paciente persiste sintomática, por lo cual, se hospitaliza en cuidados intensivos. Tras manejo y evaluación multidisciplinaria se confirma una microangiopatía asociada a SH como causante del cuadro. Durante las últimas semanas la paciente mejoró clínicamente

junto a los parámetros de laboratorio y fue dada de alta con hospitalización domiciliaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La preeclampsia y el SH son patologías multiorgánicas con importante morbilidad cardiovascular y renal. El diagnóstico de SH debe sospecharse aún en ausencia de hipertensión y proteinuria. Un equipo multidisciplinario es necesario en el diagnóstico diferencial con otras microangiopatías trombóticas del embarazo que requieren medidas terapéuticas específicas. Se espera que la presentación de este caso evidencie la importancia de la alta sospecha para microangiopatías que no se presentan inicialmente como complicación de una preeclampsia.

PALABRAS CLAVE

complicaciones del embarazo, preeclampsia, síndrome HELLP

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL TIPO MOLA HIDATIFORME COMPLETA INVASORA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Alarcón Fierro Valentina (1), Becerra Carrasco Camila (1), Möller Turra Emilio (1), Prado Corales Germaine (1), Troncoso Bravo Roumaly (1), Pfiffer Espinoza Boris (2).

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Médico cirujano, Universidad de Chile, Cirujano General, Universidad de Chile, Ginecoobstetra, Universidad de Chile. Hospital Mauricio Heyermann.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) es un grupo de neoplasias malignas dadas por proliferación anormal de tejido trofoblástico. Engloban: mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y tumor trofoblástico epitelioide.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente de 37 años, múltipara de uno y un aborto. Consulta en urgencias por genitorragia de 1 mes y dolor en hipogastrio al momento de la consulta.

En ecografía transvaginal: endometrio 32 mm, múltiples vesículas de diferentes tamaños. BHCG 270.275 mUI/ml. Se hospitaliza por sospecha de NTG de alto grado.

Se solicita radiografía de tórax, tomografía computarizada (TC) de abdomen, pelvis y cerebro: sin evidencias de diseminación.

Por paridad completa y alta sospecha de NTG de alto grado, se decide histerectomía total vía laparotomía de Cherney. Biopsia describe: en cavidad uterina lesión tumoral 10 x 8 cm, formaciones de vesículas, infiltración macroscópica a miometrio menor 10%. Compatible con enfermedad trofoblástica tipo mola hidatiforme completa invasora.

Por buena evolución clínica se indica alta, con controles de B-HCG ambulatorios, negativizando posteriormente. Se mantiene asintomática.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las NTG corresponden a 1/40.000 embarazos, de los cuales el 75% corresponde a la Mola hidatiforme. El 15-20% de las Molas hidatiformes completas desarrollara invasión local. Histológicamente se caracteriza por vellosidades hidrópicas con proliferación trofoblástica que invaden miometrio.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia sugiere la histerectomía como alternativa al habitual legrado y aspiración en pacientes con paridad cumplida, ya que además de evacuar el embarazo molar, disminuye la necesidad de quimioterapia posterior y brinda el diagnóstico histológico definitivo. Como sucedió en el caso presentado donde la intervención quirúrgica brindó diagnóstico histológico y tratamiento definitivo.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Histerectomía, Metrorragia, Mola Hidatiforme Invasiva.

NO TODO DOLOR TORÁCICO ES UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Meneses Rivera Leonel (1) , Mac Millan Basiliu Nikos (1), Kirsinger Fernández Christian (1), Vicente Lebuy Manuel (2), Ponce Gormaz Florencia (1), Morales Cubillos Ernesto (2)

1. Interno/a de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.
2. Alumno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.
3. Médico Cirujano, Servicio de urgencias, Hospital de Quilpué, Quilpué

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es el síntoma principal de los síndromes coronarios agudos, constituyendo la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres en Chile. No obstante es necesario tener presente los posibles diagnósticos diferenciales del cuadro. La disección aórtica (DA) se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 61 años con antecedentes de Hipertensión Arterial (HTA) consultó por cuadro de 4 horas de evolución caracterizado por dolor precordial opresivo, EVA 10/10, sin irradiación asociado a diaforesis. En examen físico destacó taquicardia y presión arterial 165/125 mmHg. Se realizó electrocardiograma que evidenció infradesnivel del segmento ST en pared inferior. Se decidió realizar manejo médico de infarto agudo miocardio con analgesia. Debido a irradiación atípica del dolor (interescapular) establecida en el transcurso de la atención se realizó una angiografía por Tomografía Computarizada de Tórax y Abdomen que evidenció DA tipo A con extensión hasta infrarrenal. Se inició

labetalol endovenoso y se presentó caso a hospital de referencia quienes decidieron trasladar paciente para manejo quirúrgico inmediato.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La DA se puede presentar con una clínica típica de una emergencia vascular o, por el contrario, una forma completamente atípica, como lo presentado en el caso. Esto reta al médico de emergencias a realizar el diagnóstico de forma oportuna y precisa debido a la alta mortalidad de la patología. La confirmación diagnóstica se puede realizar por la ecografía transtorácica (ETT) o por Angiotomografía axial computarizada. No obstante, en el contexto de emergencia se recomienda utilizar ETT a pesar de tener una baja sensibilidad y especificidad (inferior al 60%), ya que posee un alto valor predictivo positivo lo que permite, en un tiempo acotado, plantear un diagnóstico preciso de una patología potencialmente grave.

PALABRAS CLAVE

Disección Aórtica; Ecografía; Hipertensión.



OBSTRUCCIÓN SECUNDARIA A HERNIA DE RICHTER COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Patricio Monsalve Sobarzo ¹ Diego Segura González ¹ Magdalena Varas Musso ¹ Isidora Otárola Derpich ² Sebastián Inostroza Vallejos ³ Cristóbal Pineda Etcheber ³

1. Interno/a Escuela de Medicina UACH, Campo clínico Valdivia
2. Interno/a Escuela de Medicina UMT
3. Médico Cirujano Residente de Cirugía General HBV UACH

INTRODUCCIÓN

La hernia de Richter o enteroceles parciales, es una entidad muy poco frecuente. Corresponde a la protrusión del borde antimesentérico de un asa intestinal a través de un orificio en la pared abdominal, que causa sólo la estrangulación de ese segmento de la circunferencia de la pared intestinal. Su localización es múltiple, la mayoría en región femoral e inguinal, afectando principalmente al íleon terminal. Su diagnóstico es difícil por el desarrollo lento de los signos y síntomas, los cuales suelen ser inespecíficos, retrasando el diagnóstico, favoreciendo así la aparición de complicaciones y aumentando la morbimortalidad, que alcanza hasta un 17-24%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 76 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, colecistectomía y hernioplastia umbilical. Consulta en urgencias por dolor abdominal difuso de 5 días asociado a ausencia de gases por ano, náuseas y vómitos tipo fecaloideos. Refiere hernia inguinal de larga data. Al examen físico destaca subfebril, con ausencia de ruidos hidroaéreos, abdomen sensible a palpación superficial, sin signos de irritación peritoneal, hernia inguinal derecha dolorosa. Se solicita tomografía computada Abdomen-Pelvis por sospecha de obstrucción intestinal, que describe signos de asas intestinales dilatadas, con cambio de calibre a nivel de hernia inguinal derecha. Segmento de asa herniario que se comporta como asa ciega de paredes levemente engrosadas que pudiera estar en contexto de fenómenos iniciales de sufrimiento. Se decide laparotomía exploradora evidenciándose hernia inguinal complicada (Richter), no se realiza resección intestinal por no presentar signos de necrosis, se decide realizar hernioplastia con malla, sin incidentes en el

intraoperatorio. Con evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A pesar de representar menos del 1% del total de hernias de pared abdominal, la hernia de Richter alcanza hasta el 14% de las hernias estranguladas, por lo que siempre se debería tener presente ante cuadros de obstrucción intestinal, confirmando la sospecha con imagen para determinar precozmente el abordaje quirúrgico, tratando el defecto herniario mediante herniorrafia o hernioplastia, previa comprobación de la viabilidad del asa. La necesidad de resección intestinal en la hernia de Richter alcanza el 50% de los casos.

PALABRAS CLAVE

Hernia Inguinal, Laparotomía, Obstrucción intestinal.



OTOTOXICIDAD, REACCIÓN ADVERSA A AMINOGLUCÓSIDOS, ALTAMENTE SECUELANTE. REPORTE DE UN CASO

Autores y tutores: Henríquez Concha Gonzalo¹, Arriagada Recabarren Bastián¹, Aguilera Abarca Nicolás¹, Figueroa Navarro Julián².

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

INTRODUCCIÓN

La ototoxicidad se refiere al daño de las estructuras del oído interno y sus funciones, después de la exposición a medicamentos específicos (antibióticos aminoglucósidos, medicamentos a base de platino), así como una variedad de factores ambientales o exposiciones ocupacionales (metales y solventes). La incidencia de toxicidad varía entre diferentes aminoglucósidos. Neomicina es de los más potentes y netilmicina el más débil. Ototoxicidad por Gentamicina tiene una incidencia de 6 a 16% para toxicidad coclear y entre un 9 a un 15% de toxicidad vestibular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 66 años operada en enero del 2022 por obstrucción intestinal secundario bridas, se realizó resección de 1 metro de yeyuno, se ligan cabos y posteriormente se realizan múltiples ascos quirúrgicos por peritonitis, requiriendo yeyunostomía y antibioterapia con Gentamicina según antibiograma. Se deriva a hospital nodo en abril del 2022, donde se pesquiza hipoacusia desde hospitalización previa. Evaluada por otorrinolaringólogo, se le diagnostica hipoacusia sensorineural bilateral por ototoxicidad. Especialista indica audiometría, además de uso de audífonos para manejo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El uso de antibióticos en cirugía es prevalente, más aún ante complicaciones. En este caso, asociado a la resistencia antibiótica de antibióticos de uso común, se

debió recurrir a Gentamicina como terapia alternativa. Hay que hacer énfasis en casos de resistencia antibiótica en pacientes con manejo quirúrgico, puesto que una mala elección de terapia influye en el resultado del manejo infeccioso como en aparición de complicaciones, como es el caso.

A pesar de sus importantes efectos secundarios, es probable que los aminoglucósidos sigan siendo un componente importante del tratamiento con antibióticos en todo el mundo. Por lo tanto, es deseable un medio para limitar los efectos ototóxicos de estos fármacos, como limitar la duración del tratamiento a lo imprescindible para resolver el proceso o la elección correcta de familia antibiótica.

PALABRAS CLAVE

Antibiotic resistance; Surgery antibiotics; Gentamicin ototoxicity.

PARÁLISIS HIPOKALÉMICA TIROTÓXICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO, REPORTE DE UN CASO

Autores y tutores: Andrea Riebel Brummer¹ Andrés Tajan Escobar¹ Matías Toro Berney¹ Sebastián Inostroza Vallejos² Carolina Otárola Fuentes² Eduardo Schulz Góngora³

1. Interno/a Escuela de Medicina UCh, Campo clínico Valdivia
2. Interno/a Escuela de Medicina UMT
3. Médico Cirujano Residente Medicina Interna HBV UCh

INTRODUCCIÓN

La parálisis hipokalémica tirotóxica (PHT) es una complicación infrecuente de un estado hipertiroideo que desencadena un desorden neuromuscular. Se caracteriza por debilidad muscular de predominio proximal que puede progresar a una cuadriplejía flácida. Su etiopatogenia continúa sin certezas, sin embargo, muchas veces es precedido por ejercicio excesivo, ingesta de grandes cantidades de carbohidratos o alcohol. Sus síntomas se revierten con potasio endovenoso y los beta-bloqueadores son fundamentales en la prevención de complicaciones cardiopulmonares, especialmente arritmias cardíacas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 56 años sin antecedentes mórbidos, con historia de 2 meses de baja de peso, 1 semana de parestesias en extremidades inferiores. Consulta por cuadro de 14 horas de evolución de paresia proximal en extremidades inferiores, calambres y diaforesis. Presenta parálisis bilateral en extremidades inferiores (M1 hacia proximal), movilidad de puntas de pies conservada, reflejos osteotendinosos disminuidos, sensibilidad conservada, reflejo plantar flexor. Exámenes laboratorio: Sodio 146, Potasio 2.1, Cloro 102. Electrocardiograma muestra ondas T aplanadas, onda U, QT prolongado. Se hospitaliza para estudio, destaca hormona tiroestimulante <0.02, tiroxina libre 2.7, electrolitos urinarios 108/21/207, creatininuria 121.6, fracción excretada potasio 5%. Se realiza reposición endovenosa de potasio, con remisión total de síntomas y normalización de potasio sérico. Al examen físico tiroides palpable con

bocio difuso leve, sin nódulos. Con diagnóstico de hipertiroidismo, se decide tratamiento con Yodo 131 15mCi, tiamazol 10 mg/día y propranolol 10mg c/8h, sin nuevos episodios de parálisis hipokalémica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La PHT es una entidad rara que requiere una alta sospecha diagnóstica, los síntomas iniciales pueden ser muy inespecíficos, lo que puede retrasar el diagnóstico. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno definitivo del hipertiroidismo son indispensables para disminuir la morbilidad-mortalidad, principalmente debida a arritmias malignas; y evitar recurrencias estableciendo un manejo a largo plazo, logrando el estado eutiroideo.

PALABRAS CLAVE

Hipertiroidismo, Hipokalemia, Parálisis

PARÁLISIS HIPOPOTASÉMICA TIROTÓXICA COMO PRESENTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO: REPORTE DE CASO

Autores y tutores: Fernández Narváez Vanessa¹; Díaz Vega Ignacio¹; Reyes Intveen Catalina¹; Concha Ahumada Carolina².

1. Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
2. Médico Internista, Hospital Penco Lirquén.

INTRODUCCIÓN

La parálisis hipopotasémica tirotóxica (PHT) es una complicación del hipertiroidismo, caracterizada por debilidad muscular aguda de horas o días de instalación, predominio proximal, hipopotasemia y tirotoxicosis. Es más frecuente en asiáticos, predominando en el sexo masculino, entre los 20-40 años de edad. Sin tratamiento oportuno puede ser potencialmente letal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 52 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en Hospital Clínico Hermina Martín por debilidad de extremidades inferiores de 3 semanas de evolución, con deterioro en las últimas 24 horas, presentando mayor debilidad y compromiso de cintura escapular. Exámenes destacan potasemia de 1.5 mEq/L. Se inicia cloruro de potasio, con mejoría clínica. Ingresa al Servicio de Medicina para estudio y manejo.

Ecografía tiroidea muestra signos de tiroiditis crónica y un nódulo ACR TIRADS 3. Además, TSH (hormona tiroestimulante) < 0.005, T4 (Tiroxina) libre sin alteración y cortisol matinal de 0.02 ug/dL, que al repetirse resultó 18.8 ug/dL. Sin clínica de insuficiencia suprarrenal.

Durante la hospitalización se mantiene clínicamente estable, sin debilidad muscular, con potasemia dentro de rango (4.2 mEq/L). Evaluado por endocrinología, indicando estudio ambulatorio con ACTH (corticotropina) y anticuerpos anti receptor de TSH (TRAb).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La PHT es una entidad infrecuente; en Chile se han reportado pocos casos, en comparación con la población asiática, donde la prevalencia en personas con hipertiroidismo llega hasta 24%.

Se debe diferenciar con la parálisis periódica hipopotasémica familiar (PPHF) y esporádica (PPHE), ya que sólo el 10% de las PHT tienen síntomas claros de tirotoxicosis.

Su manejo consistió en buscar la causa, reposición de potasio endovenoso, pesquisa oportuna de complicaciones como arritmias, iniciar thyrozol como tratamiento definitivo y propranolol para revertir síntomas y prevenir hiperpotasemia de rebote.

Chile ha aumentado su población inmigrante, por lo que se debe tener alto índice de sospecha de la PPHT y que puede presentarse como debut del hipertiroidismo.

PALABRAS CLAVE

Hipopotasemia, Parálisis, Tirotoxicosis

PERICARDITIS PURULENTA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE EN ADULTA JOVEN INMUNOSUPRIMIDA

Autores y tutores: Weissglas Orellana, Bunio¹; von Plessing Pierry, Gustav¹; Blanco Gruebler, Sebastián¹; Schettino Orellana, Franco^{2,3}

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción Chile.
2. Residente Urgencias, Hospital Las Higueras, Talcahuano.
3. Residente Unidad de Tratamiento Intermedio, Hospital La Florida, Santiago.

INTRODUCCIÓN

La pericarditis purulenta es una infección poco frecuente localizada en el espacio pericárdico, caracterizado por pus o purulencia microscópica en el pericardio. Afecta principalmente a pacientes con enfermedad pericárdica preexistente, inmunosupresión, abuso de alcohol, cirugía o trauma torácico. Su sospecha es clínica y su diagnóstico se confirma mediante una toracocentesis obteniendo líquido pericárdico para análisis microscópico y de cultivo. Su tratamiento se basa en drenaje pericárdico y terapia antibiótica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 23 años con antecedentes de Enfermedad Renal Crónica por nefropatía congénita no precisada en Hemodiálisis, trasplante renal a los 5 años, asma, epilepsia e inmunosupresión farmacológica.

Hospitalizada por cuadro de 2 semanas de disnea a moderados esfuerzos con ecocardiografía que evidencia derrame pericárdico severo (hasta 33 mm) por lo que se realiza una pericardiocentesis terapéutica drenando 900cc.

Una semana después evoluciona con taponamiento cardíaco, disfunción hepática y circulatoria requiriendo intubación orotraqueal, evolucionando hacia paro cardiorrespiratorio por asistolia con retorno a la circulación espontánea en el primer ciclo de reanimación. Una vez estabilizada se lleva a pabellón donde se realiza toracotomía izquierda más ventana pleuropericárdica drenándose 1500cc de líquido pericárdico el que evidencia cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* Meticilino sensible (SAMS) con resultados negativos para hemocultivos, cultivos de

tejidos y GENEXpert, descartándose endocarditis infecciosa mediante Ecocardiografía Transesofágica.

Posteriormente paciente es derivada a unidad de paciente crítico, iniciándose vancomicina empírica y tratamiento de soporte.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los factores de riesgo y las manifestaciones de esta enfermedad son claves para el diagnóstico y manejo precoz, disminuyendo morbimortalidad.

La inmunosupresión es el principal factor de riesgo del caso, en donde el cultivo pericárdico positivo para SAMS, con el resto de estudio microbiológico normal, sugiere la posible inoculación tras el primer derrame manejado por toracocentesis, lo que evidencia la importancia de la técnica aséptica, sobre todo en pacientes inmunosuprimidos.

PALABRAS CLAVE

Derrame Pericárdico; Pericarditis purulenta; *Staphylococcus aureus*.

PLACENTA PERCRETA DE INSERCIÓN BAJA EN PACIENTE CON TRABAJO DE PARTO PREMATURO.

Autores y tutores: Cifuentes Gutiérrez Bárbara¹, Díaz Rabanal Francisca¹, Muñoz Chamorro Valentina¹, Petermann Toledo Daniela¹, Klein Díaz Cristóbal²

1. Interna de Medicina, Universidad San Sebastián Sede Tres Pascualas, Concepción.
2. Médico cirujano, Universidad de Concepción, Concepción.

INTRODUCCIÓN

La placenta percreta consiste en la invasión de vellosidades coriales a órganos vecinos, corresponde al 5% de los acretismos placentarios, algunos factores de riesgo de acretismo son malformaciones y cicatrices uterinas, placenta previa y edad materna. Existe una asociación positiva entre el número de cesáreas y el acretismo placentario asociado a placenta previa.

El aumento indiscriminado de cesáreas en los últimos años ha generado un aumento en la incidencia acretismo por lo que nuestro propósito de caso es evidenciar la importancia de la pesquisa precoz para reducción de la morbilidad y anticipación del manejo intraoperatorio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años con 2 cesáreas anteriores, cursando embarazo de 25 semanas, consultó por sangrado vaginal de 1 hora de evolución.

Última ecografía: 22 semanas con placenta de inserción baja y signos de acretismo placentario.

Al examen físico hemodinámicamente estable, sin dinámica uterina, a la especuloscopia se aprecia cuello sano, orificio cervical interno cerrado, sin sangrado activo, con restos hemáticos.

Fue hospitalizada en alto riesgo obstétrico. Evolucionando con episodios de metrorragia aislados.

A las 27 semanas inició con dinámica uterina y metrorragia. Se frenó trabajo de parto sin resultado y se realizó cesárea corporal con extracción de feto vivo. Intraoperatorio se confirmó placenta percreta con infiltración a vejiga, se realizó

histerectomía subtotal, reconstrucción de vejiga, transfusión de 4 unidades de hemoderivados, alta al 6to día postoperatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La sospecha de placenta percreta requiere seguimiento estricto y planificación de la conducción del trabajo de parto, por su alta morbilidad materna-fetal, el diagnóstico se realiza intraoperatorio con alto riesgo de sangrado masivo.

Para el oportuno manejo es indispensable contar con un equipo multidisciplinario, que esté capacitado para la elección de técnicas quirúrgicas y soporte vital tanto materno como fetal debido al alto riesgo de estas patologías.

PALABRAS CLAVE

Placenta baja, Placenta percreta, Hemorragia.

PÓLIPO EN LA VÍA BILIAR, PATOLOGÍA A CONSIDERAR FRENTE A COLANGITIS AGUDA: REPORTE DE UN CASO

Autores y tutores: Arias Torres Carla¹, Araya Rubio Bárbara¹, Araya Rubio Matías¹, Álvarez Cifuentes Joaquín¹, González Arboleda Franz², Fuentes Espinoza Marcelo³

1. Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, San Miguel 3605, Talca, Chile.
2. Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, San Miguel 3605, Talca, Chile.
3. Departamento de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, San Miguel 3605, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN

La presencia de lesiones polipoides en la vía biliar (VB) es poco frecuente. La presentación clínica es inespecífica y tardía, dificultando su diagnóstico preoperatorio. Cuando se presenta como colangitis aguda (CA), es difícil de diferenciar de coledocolitiasis.

Se presenta caso de pólipo en VB para considerar como diagnóstico etiológico frente a ictericia obstructiva.

PRESENTACIÓN DEL CASO

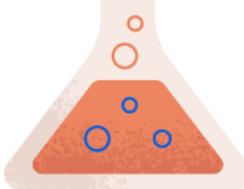
Paciente femenino, 94 años, colecistectomizada. Consultó en urgencia por cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal, decaimiento, anorexia e ictericia. Al examen físico abdomen doloroso en hipocondrio derecho, hemodinámicamente estable, afebril. Exámenes de laboratorio destacó hiperbilirrubinemia con patrón obstructivo y elevación de parámetros inflamatorios. Tomografía de abdomen y pelvis evidenció dilatación severa de VB intra y extra-hepática. Ingresó con sospecha de colangitis aguda moderada por coledocolitiasis. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) de emergencia para drenaje de VB, evidenciándose salida de bilipus y masas intra- coledocianas que se extrajeron e instaló prótesis. La biopsia evidenció pólipo con tejido necrosado. Se agregó terapia antibiótica. Evolucionó favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los pólipos de la VB representan una causa benigna excepcional de ictericia obstructiva, con escasos reportes en la literatura. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con coledocolitiasis y tumores periampulares. El diagnóstico suele ser quirúrgico, evidenciándose en CPRE defecto de repleción, fijos unilateralmente a la VB, sin signo de menisco ni estenosis circunferencial del conducto. El tratamiento consiste en extirpar pólipos mediante CPRE. Como se expone en este caso, en un contexto de CA, lo que ha demostrado disminuir la morbimortalidad es el drenaje de la VB, con consecuyente polipectomía.

PALABRAS CLAVE

Colangitis, Conducto biliar común, Pólipos.



QUISTE HIDATIDICO CARDIACO, UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE EN ESTUDIO DE MASA MIOCARDICA. REPORTE DE UN CASO

Autores y tutores: Aguilera Abarca Nicolás¹, Arriagada Recabarren Bastián¹, Henríquez Concha Gonzalo¹, Figueroa Navarro Julian².

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

INTRODUCCIÓN

Echinococcus, fuente de infección parasitaria que se presenta en humanos en regiones endémicas. Sitios más comunes de quistes hidatídicos son: hígado (50-70%), pulmones (5-30%), músculos (5%). Equinococosis cardíaca es poco frecuente, prevalencia estimada del 0,5 y el 2%. La ecocardiografía es buen examen de aproximación para el diagnóstico. Tomografía Computarizada (TC) y Resonancia Nuclear Magnética (RMN) sirven para una caracterización detallada como extensión y relaciones. Las pruebas serológicas son un complemento útil, pero resultan frecuentes falsos negativos. La cirugía ha sido habitualmente el principal método de tratamiento debido al alto riesgo de complicaciones asociadas, incluso en casos asintomáticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 77 años, rural, con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada de larga data y cardiopatía isquémica. Debido a disnea y tos de 5 meses de evolución, última semana se asocian palpitaciones, por lo que consulta en Urgencias, se optimiza terapia de insuficiencia cardíaca y se cita a control en Policlínico de Cardiología, donde se solicita dentro del estudio un ecocardiograma, que evidencia masa en ventrículo izquierdo. Posterior a todo el estudio coronario, se decide realizar cirugía de revascularización cardíaca + tumorectomía, donde se evidenció masa de 6 x 5 cm muy adherida a pericardio, en cara lateral de ventrículo izquierdo. Biopsia: Fragmentos de tejido muscular con focos fibrohistiocitarios, compatibles con adventicia de quiste hidatídico. Posteriormente el paciente ha estado en seguimiento sin inconvenientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los principales síntomas descritos son dolor torácico, disnea, palpitaciones y tos. En este caso, el paciente presentaba dicha sintomatología de larga data, por lo que es difícil precisar la etiología, si se atribuye a la insuficiencia cardíaca basal o al quiste hidatídico.

La hidatidosis cardíaca debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas tumorales y quísticas, aunque es poco frecuente, puede provocar muchas complicaciones, ejemplo, insuficiencia cardíaca y arritmias potencialmente mortales.

PALABRAS CLAVE

Cardiac echinococcosis; Hydatid cyst; Echinococcus granulosus.



REPORTE DE CASO: ESTAFILOCOCCEMIA SECUNDARIA A MARCAPASOS

Autores y tutores: Cerdán Larrondo Valentina¹ Melo Valenzuela Camila¹ Venturelli Escobar Constanza¹ Cartagena Rubilar Matías¹ Pletikosic Bonacic Milan²

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

INTRODUCCIÓN

Staphylococcus Aureus, es una bacteria gram positiva capaz de producir múltiples infecciones en el humano, desde infecciones de la piel y tejidos blandos hasta infecciones mortales como la endocarditis, meningitis y septicemias. Por su ubicuidad tiene un rol primordial en los procedimientos médicos, relacionándose con las infecciones nosocomiales. Su importancia ha ido en aumento, así como la aparición de multirresistencia, sobre todo a la meticilina.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado. Paciente femenina, 65 años, usuaria reciente de marcapaso. Consultó en urgencias (sistema privado) por 6 días de evolución de disnea, tos, y fiebre. Al examen físico se encontraba estable hemodinámicamente y destacaban crépitos bibasales pulmonares. Exámenes de laboratorio evidenciaron parámetros inflamatorios elevados. Escáner de tórax: múltiples opacidades nodulares y engrosamiento en septos interlobulillares predominantemente lóbulos superiores. Se inició manejo con Ceftriaxona y se derivó al Hospital de Temuco.

Ingresó a medicina interna. Se agregó azitromicina y cloxacilina, sin embargo, persistió febril y con requerimientos de oxígeno. Se realizó ecocardiograma transtorácico sin evidenciar endocarditis.

Se rescató hemocultivo positivo para *Estafilococo Aureus* meticilino sensible (SAMS), se decide ajustar antibioticoterapia a Cloxacilina y Ertapenem.

Por persistir sospecha, se realizó ecocardiografía transesofágica (ETE), evidenciando masas relacionadas a vena cava superior, cable del marcapasos y

aurícula derecha. Por hallazgos compatibles con endocarditis se decide retiro de marcapasos. Evaluada por electrofisiología se decidió no reinstalar.

Al completar tratamiento, se controla con ETE: sin evidencia de lesiones descritas previamente. Además, se realizó cintigrama óseo en busca de siembra séptica que mostró espondilodiscitis, debiendo extender antibioticoterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La importancia de este caso clínico radica en que si bien, *Staphylococcus Aureus* no se considera uno de los principales patógenos involucrados en endocarditis, este debe ser sospechado sobre todo en pacientes con antecedente de cirugías cardíacas. Es primordial sospechar y descartar para así darle al paciente adecuada cobertura antibiótica y prevenir las complicaciones asociadas a estafilococcemia.

PALABRAS CLAVE

Endocarditis, *Staphylococcus Aureus*, Stafilococcemia.

REPORTE DE CASO: SÍNDROME POLIMALFORMATIVO

Autores y tutores: Ítalo Ignacio Cancino Gómez¹; Constanza Javiera Valentina Silva Paredes¹; Yesenia Edith Iriondo Cadima¹; Daniela Ivette Vega Ajata¹; Mariana Isabel Valderrama Toledo²; Carolina Andrea Barría Andrade³ Paulina Andrea Sánchez Urrea⁴

1. Estudiante de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile
2. Estudiante de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
3. Médico General, CESFAM Alemania, Calama, Chile
4. Pediatra, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes polimalformativos genéticos constituyen un conjunto de enfermedades caracterizadas por presencia de trastornos del crecimiento, asociado a malformaciones en diversos órganos y/o fenotipos característicos, entre los cuales se puede encontrar síndromes como Moebius o Goldenhar.

Síndrome de Moebius (SM), es un trastorno polimalformativo raro caracterizado por parálisis facial no progresiva y ausencia de abducción ocular por lesión del VI y VII par craneal, asociado a otras alteraciones neurológicas, musculoesqueléticas, respiratorias, craneofaciales, etc.

Síndrome de Goldenhar (SG) o displasia óculo-aurículo-vertebral, síndrome polimalformativo raro de gran variabilidad fenotípica, integra anomalías del 1° y 2° arco branquial, etiología desconocida, con múltiples manifestaciones clínicas detectables desde el periodo neonatal que se pueden asociar a malformaciones cardíacas, pulmonares y renales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una lactante femenina, hija de padres no consanguíneos, oriundos de Bolivia, mal control prenatal, nacida de término, pequeña para la edad gestacional severo, quien fue internada en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por infección del tracto urinario asociada a falla renal, es allí donde se pesquiza un trastorno de succión-deglución con abundante sialorrea asociada a falla de medro (peso/edad: -2) y múltiples malformaciones craneofaciales: hidrocefalia, telecanto, acrotia derecha, microtia izquierda y micrognatia; un ecocardiograma que mostró una comunicación interventricular perimembranosa y foramen oval permeable. La prueba de potenciales evocados fue diferida por descompensación al momento de la sedación. La paciente fue evaluada por genética quienes plantean una asociación entre SM incompleto y SG, se realiza un

cariograma que resulta 46XX sin alteraciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En los síndromes polimalformativos es importante la identificación de signos clínicos-dismorfológicos desde el periodo prenatal a través de los controles gestacionales y posteriormente durante el periodo neonatal permitiendo el diagnóstico, abordaje multidisciplinario y protocolo de tratamiento adecuado y enfocado en la corrección de las diferentes malformaciones de manera oportuna, mejorando el pronóstico de los pacientes afectados.

PALABRAS CLAVE

Anormalidades congénitas, Síndrome de Goldenhar, Síndrome de Moebius.



SÍNDROME AÓRTICO AGUDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, DIAGNÓSTICO Y ENFRENTAMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores y tutores:

1. Jorge Campos Montecinos, Estudiante de Medicina, U. Autónoma, Santiago.
2. Rodrigo Campos Mora, Estudiante de Medicina, U. Autónoma, Santiago.
3. Lukas Dabovich Stenger, Estudiante de Medicina, U. Autónoma, Santiago.
4. Daniela Moller Diaz, Estudiante de Medicina, U. Autónoma, Santiago.
5. Sofia Hofmann García, Estudiante de Medicina, U. Autónoma, Santiago.

INTRODUCCIÓN

El síndrome aórtico agudo es un proceso agudo de la pared aórtica que cursa con compromiso de la capa media y que condiciona un riesgo potencial de rotura, esto incluye; hematoma intramural, úlcera aórtica penetrante y la disección aortica (DA), ésta última responsable del 80% de los casos con disrupción de la túnica media e íntima de la pared. Se puede clasificar en Tipo A (Involucra aorta ascendente) y Tipo B (Involucra aorta descendente). Clínicamente se manifiesta como dolor torácico intenso, EVA 10/10, inicio súbito, con irradiación interescapular, pulsos disminuidos y asimétricos, soplo diastólico, hipertensión, déficit neurológico, entre otros menos frecuentes

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente sexo femenino, 75 años de edad, antecedentes de Hipertensión Arterial y Monorrena, consulta por cuadro de 4 horas de evolución de dolor abdominal difuso, de inicio súbito, EVA 8/10, irradiado hacia dorsal, asociado a disnea y vómitos. Al examen físico normotensa, eupnéica, ritmo regular, pulsos distales conservados y simétricos. TC de Tórax sin medio de contraste indica: Hallazgos compatibles con aneurisma disecante de aorta torácica que incluye hematoma mural, hematoma mediastínico y derrame pleural izquierdo hemático

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El dolor torácico está presente en casi la totalidad de los SAA, al ser una patología de incidencia baja, pero con elevada

mortalidad (de cada 1000 pacientes que consultan por dolor torácico, 3 corresponderían a SAA), el diagnóstico requiere de alta sospecha y confirmación diagnóstica mediante exámenes imagenológicos (ANGIOTAC/ GOLD STANDARD). En este caso, el diagnóstico se ve dificultado por las condiciones de ingreso de la paciente y por el cuadro clínico de características atípicas, por lo que el diagnóstico se realiza por exámenes complementarios.

Al ser una patología tiempo dependiente y producto de la alta mortalidad asociada, es indispensable tener al SAA como diagnóstico diferencial de dolor torácico y epigástrico en los Servicios de Urgencia.

PALABRAS CLAVE:

Dolor Torácico, Disección Aortica, Hematoma Intramural.



SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO PRESENTACIÓN DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Briones Monsalves Sebastián¹, Carrasco Rippley Pamela¹, Cendoya Ferrada Montserrat¹, Durán R Cristina¹, Herrera Canales Leonel², Ramírez Espinoza Juan³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción.
2. Médico Urólogo, Hospital Guillermo Grant Benavente.
3. Médico Cirujano, Hospital Guillermo Grant Benavente.

INTRODUCCIÓN

El síndrome constitucional (SC) supone la asociación de astenia, anorexia y pérdida significativa de peso. Su etiología en la población mayor es múltiple, requiriendo de una valoración integral que permita orientar la etiología del mismo. Las principales etiologías son neoplásicas, sobre todo de origen digestivo y genitourinario.

En Chile se diagnostican 2100 casos nuevos de cáncer renal anualmente. Dentro de éstos el carcinoma de células renales (CCR) es responsable del 80-85% de todas las neoplasias renales primarias. Clínicamente en más del 50% de los casos es asintomático y suele presentar síntomas paraneoplásicos hasta en un 40%, y un tercio de ellos como síndrome constitucional, razón por lo que requiere un alto índice de sospecha clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 88 años, procedente de Santa Juana, consulta en extrasistema por cuadro de dolor abdominal de 3 meses de evolución intensificado el último mes, asociado a anorexia, baja de peso mayor a 10% en dos meses, vómitos biliosos y diarrea intermitente, sin síntomas urinarios. Al examen físico se constata afebril, enflaquecido, abdomen sin masas palpables ni globo vesical. En los exámenes de laboratorio destaca PCR de 134 mg/l. TAC TAP informa masa hipervascular con áreas de necrosis en riñón izquierdo de 11,8 cm, sin plano de separación con segmento del colon y pared lumbar adyacente. Es derivado a urgencias del Hospital Guillermo Grant Benavente para hospitalización y eventual resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El SC es frecuente en adultos mayores y una de sus causas es el cáncer renal que junto a su tendencia al aumento en los últimos años y el envejecimiento demográfico, resulta indispensable considerarlo dentro de nuestros diagnósticos diferenciales, más aun sabiendo que no se asocia a síntomas urinarios como fue nuestro caso. A pesar de estar al alcance de una anamnesis, examen físico y ecografía renal hasta un 20 y 30% se diagnostica en estadio avanzado, de ahí la importancia de poseer un alto índice de sospecha.

PALABRAS CLAVE

Carcinoma de células renales, Geriatria, Pérdida de peso.

SÍNDROME DE MAY-THURNER, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Valentina Becerra Castillo¹ Francisco Contreras Brandt² Maria Cabezas Peña² Renato García Soto² Macarena Pineda Etcheber² Álvaro Espina Carrasco³

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Temuco
2. Interno de Medicina, Universidad Mayor de Temuco
3. Médico General, Hospital San José de Victoria

INTRODUCCIÓN

El síndrome de May-Thurner (SMT) es un síndrome de compresión venosa en el cual la vena iliaca común izquierda (VICI) es comprimida entre la columna lumbar baja y la arteria iliaca común derecha (AICD). Si bien en la mayoría de los casos es asintomático, puede producir morbilidad en pacientes sintomáticos, comúnmente trombosis venosa profunda (TVP), que puede o no ser acompañada con tromboembolismo pulmonar; y síndrome post-flebítico crónico.¹ En general el SMT es responsable por aproximadamente el 2-5% de todas las TVP.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 31 años con antecedente de hipertensión, consulta en urgencias por cuadro clínico de 20 días de evolución caracterizado por aumento de volumen y empastamiento en extremidad inferior derecha, sin síntomas respiratorios asociados. Al examen físico dirigido se observa extremidad inferior izquierda con edema pretibial blando, signo de Homans (+). Se solicitó eco-Doppler, objetivándose TVP iliaca extensa y femoral derecha. Por resultado de eco-Doppler no concordante con manifestaciones clínicas se solicitó Angio TC de abdomen y EEII, donde se objetiva TVP poplítea izquierda con extensión a vena iliaca común, compresión de vena iliaca común izquierda por la arteria iliaca común derecha, diagnosticándose Síndrome de May-Thurner. Se inició anticoagulación estándar con enoxaparina, a la espera de evaluación por cirugía vascular.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Si bien el tratamiento estándar de cualquier TVP es la anticoagulación, en el subgrupo asociado a SMT, suele tener bajar respuesta

y recidiva, esto debido a la naturaleza pulsátil de la obstrucción de la AICD.^{3,4,5,6} El tratamiento endovascular consiste en trombectomía intraluminal, ya sea mecánica, farmacológica o asociada.⁶

En la última década el enfoque del manejo de TVP extensa asociada a SMT, se ha enfocado en prevenir consecuencias como el síndrome post-flebitico y sus secuelas.^{7,8,9,10.}

En el estudio ATTRACT la piedra angular del tratamiento de la TVP asociado a SMT es la eliminación del trombo y restablecer el flujo sanguíneo. Lo que no quita el importante rol inicial de la anticoagulación.¹¹ El SMT debe sospecharse en pacientes con trombosis extensa de extremidad inferior izquierda. Se recomienda anticoagulación inicial y evaluación por cirugía vascular para eventual trombectomía.

PALABRAS CLAVE

Anticoagulantes; Síndrome de May-Thurner; Trombosis venosa

SÍNDROME DE MIRIZZI, UN DESAFÍO PARA EL CIRUJANO. REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Henríquez Concha Gonzalo¹, Arriagada Recabarren Bastián¹, Aguilera Abarca Nicolás¹, Venturelli Escobar Constanza¹, Melo Valenzuela Camila¹, Figueroa Navarro Julián².

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

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Mirizzi obstrucción del conducto hepático común por compresión extrínseca de cálculo impactado en el conducto cístico o infundíbulo de la vesícula biliar. Mayor prevalencia en mujeres entre 50 y 70 años. Pueden presentar ictericia, fiebre y dolor en el cuadrante superior derecho. Colangiorresonancia, herramienta no invasiva preferida para evaluar vía biliar, aunque sensibilidad del 50%. A menudo no se reconoce antes de la operación en pacientes que se someten a una colecistectomía y puede provocar una morbilidad y lesiones biliares significativas, en particular con la cirugía laparoscópica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenino de 88 años, ingresa a urgencias por 2 días de fiebre 38°C y compromiso del estado general. Examen físico vigil, desorientada tiempo y espacio, anictérica, abdomen blando, depresible y dolor en mesogastrio. Exámenes de laboratorio: leucocitos 9700, bilirrubina total 3.16, bilirrubina directa 2.96, GOT 35, GPT 49, GGT 331, FA 612, amilasa 138, lipasa 394. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis: vía biliar dilatada con imágenes heterogéneas sugerentes de cálculos. Colangiorresonancia: colelitiasis y signos de colecistitis aguda. Vesícula semicolapsada, amplia comunicación a nivel del cuello con la pared medial del colédoco en el contexto de síndrome de Mirizzi, asociado microcálculos endoluminales. Se hospitaliza para manejo con colangiopancreatografía endoscópica retrógrada no soy, donde se encuentra coledocolitiasis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En nuestro caso, la paciente presentó fiebre y dolor característico, pero anictérica. Exámenes de laboratorio concordantes, sin embargo, las transaminasas no se alteraron. La colangiorresonancia es fundamental para el diagnóstico, ya que esta confirmó el diagnóstico previo.

Importante la sospecha de complicaciones de colelitiasis ante cualquier cuadro sugerente de patología biliar. La ictericia está dentro de la clínica del síndrome de Mirizzi, sin embargo, su ausencia no lo descarta. La colangiorresonancia es el examen de elección, puesto su utilidad diagnóstica-terapéutica.

PALABRAS CLAVE

Mirizzi syndrome; Diagnosis Differential; Ictericia.



“SÍNDROME DE WALLEMBERG POR DISECCIÓN DE ARTERIA VERTEBRAL IZQUIERDA, A PROPÓSITO DE UN CASO”

Autores y tutores: Bárbara Espinoza Albornoz¹, Patricia Garrido Martínez¹, María Jara Arriagada¹, Catalina Jara Corvalán¹, Álvaro Espina Carrasco², Rodrigo Jaramillo Garrido³

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor de Temuco
2. Médico General, Hospital de Victoria
3. Médico General, Hospital de Nueva Imperial

INTRODUCCIÓN

El síndrome lateral del bulbo o de Wallenberg es el Accidente Cerebro-Vascular (ACV) más frecuente de la circulación posterior. Suele presentarse en pacientes adultos mayores con factores de riesgo cardiovascular, siendo 3 veces más frecuente en sexo masculino. Se origina por compromiso de la Arteria Cerebelosa Postero Inferior (PICA) o sus ramas y puede debutar con síndrome de Horner (ataxia ipsilateral y alteraciones sensitivas contralaterales al sitio de la lesión).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 26 años, sin mórbidos, consulta en servicio de urgencias por cefalea ictal, vértigo, vómitos y disfonía; siendo tratada como migraña con aura. Evoluciona con parálisis facial central izquierda e hemihipoestesia derecha, por lo que reconsulta en urgencias. Se solicita Angiotac de cerebro, con ausencia de representación de arteria vertebral izquierda cervical en gran parte de su trayecto, secundario a disección. Electrocardiograma sin alteraciones. Se amplió estudio con RM Cerebro, informando infartos subagudos cerebeloso inferior izquierdo y bulbar parasagital ipsilateral en territorio de la PICA y perforantes de la arteria vertebral izquierda, respectivamente. Se presenta caso a cirugía vascular quien indica manejo médico y estudio etiológico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El 20% de los eventos isquémicos cerebrales involucra la circulación vertebrobasilar,

siendo el Síndrome de Wallemborg el más frecuente. La sospecha es clínica, dándose más frecuente en varones adultos mayores con factores de riesgo cardiovascular, tales como hipertensión arterial, tabaquismo y diabetes. Respecto a la etiología, la mayoría sería por aterotrombosis (75%), seguido por cardioembolismo (17%), y disección vertebral (8%), siendo ésta última la principal sospecha en pacientes jóvenes sin comorbilidades o traumatismo, como el paciente en cuestión, por lo que el estudio de colagenopatías como Ehlers Danlos resulta fundamental. El diagnóstico puede ser confirmado con angiografía cerebral, RM cerebral o doppler transcraneal. Su manejo implica neuroprotección y dependiendo del caso, trombólisis o terapia endovascular. Esta última desestimada por equipo de vascular dada la magnitud de la lesión.

PALABRAS CLAVE

Enfermedades cerebrovasculares, Infartos del tronco cerebral, Síndrome Medular Lateral

SÍNDROME DE WALLEMBERG, REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Carolina Aedo Rebolledo¹, Camila Altamirano Ojeda¹, Javiera Buttovich González¹, Constanza Fernández Catalán¹, Juan Moraga Alvarado²

1. Estudiante de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
2. Médico General, Hospital de Puerto Octay.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wallenberg es el ataque cerebrovascular (ACV) isquémico más común de la circulación posterior. Es causado por la oclusión de la arteria cerebelosa posteroinferior, que origina una isquemia en la porción lateral del bulbo, manifestándose como un síndrome alterno. La enfermedad se inicia con la aparición de vértigo súbito, seguido por náuseas, vómitos, ataxia ipsilateral, hipertonicidad muscular y otros signos cerebelosos, como el síndrome de Horner y trastornos de deglución. Afecta a personas mayores de 40 años con factores de riesgo cardiovascular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2, con mala adherencia a tratamiento, consulta en urgencias en tres oportunidades por cuadro de 4 días de evolución de mareos y vértigo, asociado a cefalea hemicránea derecha. Con evolución progresiva, al sexto día se agregan náuseas y vómitos, además de dificultad en la marcha e intensificación de la cefalea, por lo que reconsulta. Se constata paciente hipertenso, normocárdico, afebril, sin alteraciones en el examen mental (vigil, orientado, atento), destacando nistagmo inagotable unidireccional horizontal izquierdo en todas las miradas, además disdiadococinesia izquierda y disartria, examen motor M5 simétrico bilateral, hipoestesia termoalgésica izquierda, marcha con aumento de la base de sustentación. Scanner de cerebro sin contraste no muestra lesión evidente. Resonancia magnética protocolo stroke muestra infarto bulbar lateral derecho. Se hospitaliza con diagnóstico de ACV isquémico bulbar lateral derecho. Durante hospitalización se realiza Angiotac de cuello y cerebro que

constata enfermedad ateromatosa, pero sin estenosis significativa. Ecocardiograma transtorácico sin hallazgos. Se realiza rehabilitación integral, con evolución favorable. Es dado de alta en buenas condiciones, con prevención secundaria de eventos cardiovasculares.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El síndrome de Wallenberg es una patología neurológica poco conocida por su escasa frecuencia. En general se manifiesta con síntomas inespecíficos, que pueden retrasar el diagnóstico tal como en el caso expuesto, que consulta en varias ocasiones previo al diagnóstico. El diagnóstico precoz es fundamental para un buen manejo de la enfermedad, previniendo complicaciones y recurrencias. Esto se consigue en gran medida con una adecuada valoración de la historia clínica, antecedentes, examen físico, y un alto índice de sospecha.

PALABRAS CLAVE

Ataque cerebrovascular, Síndrome de Wallenberg, Vértigo.



SÍNDROME DE WELLENS: IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO DE TRAZADOS ATÍPICOS EQUIVALENTES A SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. REPORTE DE CASO

Autores y tutores: Dabovich Stenger Lukas¹, Campos Mora Rodrigo¹, Guíñez Cofré Ignacio¹, Campos Montecinos Jorge¹, Dino Sepúlveda Viveros²

1. Estudiante de Medicina, universidad Autónoma de Chile
2. Médico General, docente universidad Autónoma de Chile

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, la oclusión de una arteria coronaria no produce elevación del segmento ST en el electrocardiograma o es difícil de reconocer, pudiendo retrasar el tratamiento y resultar en una mayor extensión del infarto y en una peor evolución.

El síndrome de Wellens es un patrón electrocardiográfico con cambios en la onda T de la pared anterior distintos al supradesnivel del ST, asociado a estenosis de la arteria descendente anterior izquierda. Pacientes con este cuadro presentan alto riesgo de desarrollar un infarto extenso al miocardio de dicha pared.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años con antecedentes de hipertensión y dislipidemia, quien consulta en el servicio de urgencias del hospital de Santa Cruz por cuadro de 6 horas de evolución de epigastralgia de aparición insidiosa, de carácter opresivo, intensidad 6/10, sin irradiación, asociado a diaforesis, que no cede al uso de antiespasmódicos ni inhibidor de la bomba de protones; niega otros síntomas y cuadros similares previos.

En el servicio de urgencias, previa toma de signos vitales y descartar compromiso hemodinámico, se decide tomar electrocardiograma y biomarcadores cardiacos para decidir conducta. Se objetiva un patrón de depresión bifásica de las ondas T entre V2-V3-V4 asociado a marcadores negativos de isquemia, por lo que se decide

manejar con aspirina, nitratos y presentar al paciente a hemodinamia.

Posteriormente, el paciente fue aceptado por cardiología para terapia de reperfusión que objetivó una oclusión proximal de la arteria descendente anterior. Se realizó sin complicaciones procedimiento de angioplastia con colocación de stent.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es vital que médicos puedan reconocer este y otros cambios electrocardiográficos que significan obstrucciones críticas de arterias coronarias, y sepan asociarlos a cuadros de alto riesgo, cuyo desenlace depende de su reconocimiento precoz, manejo oportuno y pronta derivación a hemodinamia.

PALABRAS CLAVE

Síndrome coronario agudo; electrocardiograma; infarto al miocardio

¡SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO SECUNDARIO A NEOPLASIA DE COLON: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Guerra Abarca Maximiliano¹ Vidal Mesina Karina¹ Jara Cocio Luz² Rebolledo Bennett Constanza¹ Garrido Escarate Bárbara¹ Sepúlveda Ovando Oscar³

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor.
3. Urgenciólogo, Hospital de Pitrufquén

INTRODUCCIÓN

La fiebre de origen desconocido (FOD), es un síndrome caracterizado principalmente por persistencia febril de al menos 3 semanas y diagnóstico incierto después de 1 semana de estudios. Las patologías infecciosas, reumatológicas y neoplásicas son etiologías frecuentes en adultos mayores (AM), sin embargo, de estas últimas solo un 1% corresponde a cáncer de colon.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial y nefropatía crónica. Presenta compromiso del estado general y parestesias en extremidades superiores de una semana de evolución. Ingresa hemodinámicamente inestable, Leucocitos $15.6 \times 10^3/uL$, Proteína C reactiva 125 mg/L, Creatinina 3,1 mg/dL, Hemoglobina 9,5 g/dL, Procalcitonina 0.35 ng/mL. Se inicia antibiotioterapia de amplio espectro, sin embargo, evoluciona tórpidamente, con persistencia febril y parámetros inflamatorios estacionarios.

Se realiza estudio etiológico sin hallazgos relevantes en hemocultivos, urocultivo, cultivo de expectoración, punción lumbar, ecocardiograma, tomografía computarizada de cráneo, tórax, abdomen, pelvis, urológico y de columna completa. Virus hepatotropos, VDRL, perfil reumatológico, PCR SARS-CoV-2 negativos.

Luego de 3 semanas de persistencia febril sin foco evidente, debido a brusco descenso de hemoglobina (8,0 a 6,8 mg/dL), se completa estudio con endoscopia y colonoscopia, donde se constata lesión

exofítica en región cecal. Estudio histopatológico confirma Adenoma tubulopapilar con displasia de alto grado focal. Paciente rechazó manejo quirúrgico solicitando alta voluntaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La FOD en los AM es un síndrome con alto riesgo de complicaciones y mortalidad.

Es importante destacar que en este grupo etario es primordial descartar posibles lesiones neoplásicas. No obstante, por la infrecuencia de neoplasia colónica como causa de FOD, en relación con otras patologías infecciosas y reumatológicas, la sospecha clínica de hemorragia gastrointestinal oculta sugestiva de proceso neoproliferativo es determinante.

Por tanto, es relevante ante FOD incluir como posibilidad diagnóstica en la investigación, diversas patologías neoplásicas, en particular, neoplasia de colon, aun en ausencia de síntomas gastrointestinales evidentes.

PALABRAS CLAVE

Colonoscopia, Fiebre de origen desconocido, Neoplasia Colónica

SÍNDROME PULMÓN RIÑÓN COMO DEBUT VASCULITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Gabriela Vivallo Sanhueza¹ Maite González Flores¹ Marcela González Flores² Camila Vásquez Ormeño¹ Franco Calfumil Hidalgo³

1. Interna de Medicina, Universidad de La Frontera
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera
3. Médico General, Clínica Alemana de Temuco

INTRODUCCIÓN

El síndrome pulmón-riñón (SPR) es la presentación simultánea de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), es muy infrecuente (1-10:10.000.000 habitantes/año) pero con una alta tasa de mortalidad (25-70%) sin tratamiento precoz. Las etiologías más frecuentes: vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA,65%) y la enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular (MBG). Su fisiopatología incluye inflamación y necrosis de vasos sanguíneos de pequeño calibre en contexto autoinmune.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 25 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias por cuadro de 3 meses de compromiso estado general, fatiga, baja de peso, asociado en últimas 2 semanas a edema de extremidades, hematuria, disnea y hemoptisis. Ingresa taquicárdico, hipertenso, con dificultad respiratoria, laboratorio destaca anemia moderada (hemoglobina 7.9mg/dL), leucocitosis con linfopenia, trombocitosis, VHS>100, creatinina 3.38mg/dl, sedimento de orina con macrohematuria y proteinuria >300. Escáner de tórax evidencia foco de relleno alveolar difuso bilateral, sugerente de HAD. Se hospitaliza por sospecha de SPR, en laboratorio destaca ANA(-), ASO(-), serología viral(-). Sospechando GNRP se administran pulsos de metilprednisolona y corticoterapia oral. Se realiza lavado bronquioalveolar con salida de líquido hemático. Posteriormente los exámenes muestran ANCAp(+), ANCA MPO(+), por lo que se realiza biopsia renal y se inician ciclos de ciclofosfamida. Por evolución favorable y mejoría de compromiso respiratorio y renal, se decide alta para

continuar manejo con Ciclofosfamida, en espera de resultado de biopsia renal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El SPR es grave y presenta alta morbimortalidad, pudiendo progresar a insuficiencia respiratoria aguda y/o falla renal e incluso la muerte, tiene mayor prevalencia entre los 40-55 años, en hombres y con antecedente de enfermedades autoinmunes. Por esto, requiere una sospecha diagnóstica alta, especialmente en pacientes con insuficiencia renal sin etiología precisada asociado a compromiso pulmonar. En el caso presentado, la hipótesis diagnóstica de SPR como debut de vasculitis ANCA+ se realizó de forma rápida, lo que permitió iniciar de manera oportuna el tratamiento, basado en esteroides sistémicos y terapia inmunosupresora, modificando el pronóstico y reduciendo el riesgo de secuelas, como la enfermedad renal crónica.

PALABRAS CLAVE

Hemoptisis, Glomerulonefritis, Vasculitis Asociadas a ANCA

TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL EN EL MANEJO ENDOSCÓPICO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores y tutores: Concha Vergara Karen¹, Ávalos Provoste Dominique¹, Abarza San Martín Carmen¹; Fernanda Retamal F¹, Ramírez Chávez Sofía¹, González Arboleda Franz².

1. Interna medicina, Universidad Católica del Maule
2. Cirujano general y endoscopista, Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN

La terapia de vacío endoluminal (EndoVAC) es una alternativa cada vez más utilizada en el manejo endoscópico de fistulas o perforaciones gastrointestinales. Al estar conectada a presión negativa, permite disminuir la contaminación bacteriana y edema, estimulando también la granulación del tejido mediante angiogénesis, reduciendo gradualmente el tamaño de la cavidad hasta lograr el cierre.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino, 74 años, con antecedente de hipertensión, dislipidemia y obesidad. Ingresó en contexto de síndrome icterico obstructivo, realizándose tomografía axial computarizada que evidencia colección hidroaérea sugerente de absceso subfrénico izquierdo con compresión de pared gástrica y extensión hacia región subhepática izquierda y alrededor del lóbulo caudado, asociado a múltiples abscesos hepáticos. Se realiza laparotomía exploratoria destacando perforación gástrica posterior de 2 cm en curvatura mayor con absceso contenido en transcavidad, absceso en zona de ligamento hepatogástrico y paraesofágico. Se realizó endoscopia digestiva alta (EDA) donde se apreció defecto gástrico de 20 mm en cara posterior de curvatura mayor en tercio medio de cuerpo gástrico. Se instaló sistema aspirativo tipo EndoVAC, conectado a drenaje aspirativo a -100 mmHg. Se realizó EDA a los 7 días, donde se constató disminución de perforación gástrica, en 10 mm, por lo que se retiró EndoVAC y se

instaló sonda nasoyeyunal. EDA control al mes sin estigmas de perforación gástrica. Actualmente paciente en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Presentamos el primer caso de un paciente tratado con EndoVAC para perforación gástrica en la Región del Maule, obteniendo un excelente resultado en el manejo, sin complicaciones.

El plan de tratamiento estándar para estos casos consiste en intervenciones quirúrgicas invasivas, asociado a la morbimortalidad que esto conlleva. La terapia EndoVAC es una técnica fácil, segura y eficaz en el tratamiento de perforaciones gastrointestinales, permitiendo el cierre de éstas con una favorable tasa de éxito, baja tasa de complicaciones y reducción de la estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVE

Endoscopia, Ruptura gástrica, Técnicas de cierre de heridas.

TUBERCULOSIS ABDOMINAL COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE PERFORACIÓN INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO.

Autores y tutores: Abarza San Martín Carmen¹, Quezada Quezada María¹, Arenas Olivares Rodrigo¹, Araya Rubio Bárbara¹, Concha Vergara Karen¹, Retamal Trunce Pablo², Mejías González José.³

1. Interno (a) de Medicina, Universidad Católica del Maule
2. Médico Residente Cirugía general, Hospital Regional de Talca
3. Cirujano General, Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa causada por la *Mycobacterium tuberculosis* que continua siendo un importante problema sanitario, determinado por la alta frecuencia de factores de riesgo, entre ellos el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La presentación abdominal es una forma común de afectación extrapulmonar, la frecuencia de TBC abdominal y pulmonar concomitante alcanza 15 a 25%. En pacientes VIH positivos la TBC intestinal es la sexta causa de compromiso extrapulmonar. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, siendo la perforación una presentación infrecuente. El diagnóstico de certeza se realiza con demostración del bacilo mediante cultivo o reacción de polimerasa en cadena (PCR).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años, VIH positivo, sin terapia anti retroviral (TAR). Consulta por dolor abdominal difuso intenso de 4 días de evolución, náuseas, diarrea y fiebre. Al examen físico llene capilar enlentecido y signos de irritación peritoneal. Laboratorio: creatinina 2.54 mg/dL, ácido láctico 85.7 mg/dL, pH 7.1, PCR 100 mg/dL, CD4: 56. Tomografía (TC) de tórax, abdomen y pelvis: signos de ileítis, adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. Se realiza laparoscopia exploradora: peritonitis difusa, perforación de íleon distal a 7 y 20 cm de la válvula ileocecal; convierten a laparotomía realizando resección de los últimos 25 cm de íleon, con anastomosis íleo-colónica. Genexpert expectoración reporta *Mycobacterium tuberculosis*, se inicia terapia anti-TBC. Presenta dehiscencia de herida operatoria que requirió reintervención. Se indica alta médica con terapia anti TBC y TAR. Biopsia diferida compatible con TBC intestinal. Muestras de linfonodos PCR positiva para *mycobacterium tuberculosis*. Actualmente

en TAR con buena tolerancia y adherencia, en seguimiento en policlínico de infectología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La TBC intestinal es una entidad de baja sospecha y puede afectar diversos órganos. Tiene amplio espectro de presentación clínica, coincidentes con enfermedades de mayor frecuencia, dificultando su diagnóstico, retrasando el tratamiento e impactando el pronóstico. Debido al incremento de la prevalencia del VIH, la TBC abdominal debe ser considerada como parte del diagnóstico diferencial en los pacientes con manifestaciones gastrointestinales, ya que un alto índice de sospecha es un factor fundamental en el diagnóstico precoz, condicionando un mejor pronóstico y disminución en las tasas de morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Mycobacterium tuberculosis, Tuberculosis extrapulmonar, Tuberculosis intestinal, Perforación intestinal.

TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y tutores: Pardo Soto, Constanza¹; Hidalgo Espinoza, Elizabeth¹; Espinoza Alborno, Bárbara²; García Soto, Renato²; Garrido Martínez, Patricia²; Ochoa Coccio, Nelson³.

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Interno de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
3. Ginecoobstetra, Hospital San José de Victoria

INTRODUCCIÓN

El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) es un tumor de crecimiento lento y localmente destructivo de la región ano-genital. Se presenta como una complicación de los condilomas de esta zona y se asocia al virus del Papiloma Humano (VPH), en particular a los serotipos 6 y 11. Tiene una incidencia de 0.1% en la población general, afectando con mayor frecuencia a hombres que mujeres, con una relación de 3:1

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina 64 años con antecedente de hipertensión arterial y lesiones verrucosas en región vulvar de larga data, consulta por crecimiento abrupto de gran masa tumoral verrucosa exofítica de 10 x 6 cm, con puntos sangrantes, que compromete zona vulvar izquierda y zona perineal. El estudio de infecciones de transmisión sexual se encontraba no reactivo para VDRL, VHB, VHC y VIH. Se realiza TC de abdomen y pelvis que informa gran tumor de piel vulvar asociado a adenopatías inguinales. Se realiza biopsia de la lesión que informa “Neoplasia Intraepitelial (NIE) vulvar grado II”. Dos meses después se decide toma de nueva biopsia arrojando “Condiloma con atipia moderada a severa; compatible con Tumor de Buschke-Lowenstein”. Se deriva paciente a oncoginecología, donde se reporta inicio de quimio y radioterapia en primera instancia, para posteriormente evaluar posible cirugía resectiva.

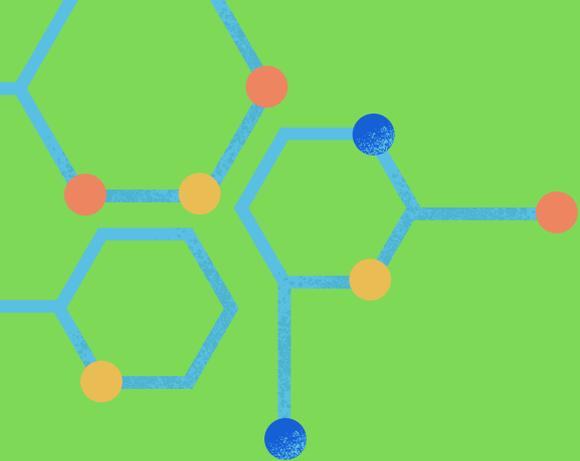
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El TBL es una neoplasia genital poco frecuente, asociada a los serotipos 6 y 11 del

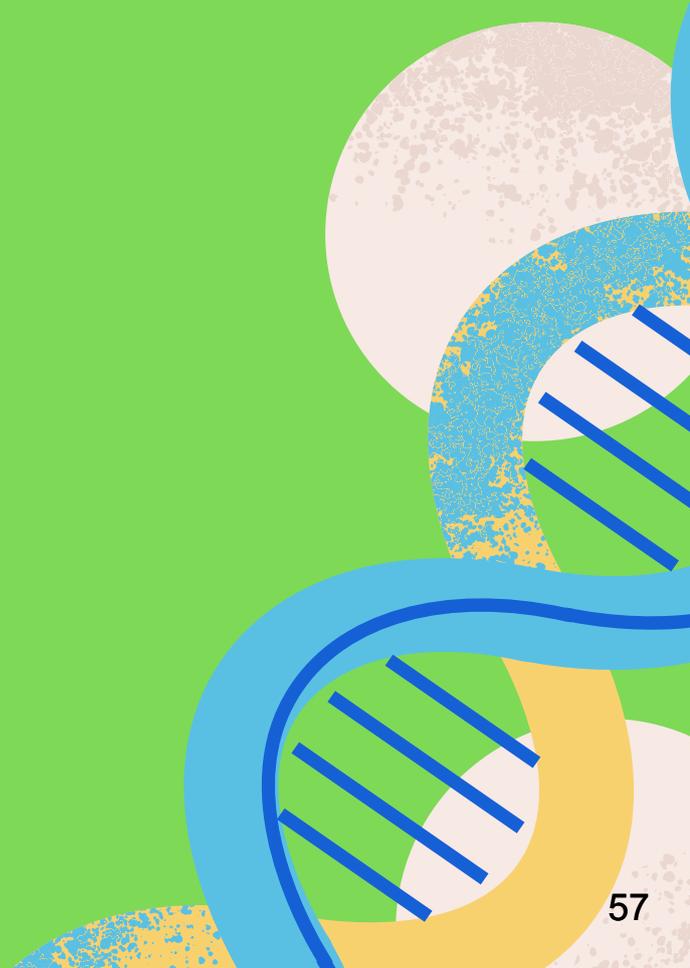
VPH. En hombres es más común encontrarlo en el pene y en las mujeres en la zona vulvar, siendo en segundo lugar más frecuente la zona perineal para ambos sexos. Para algunos autores, es considerado una entidad intermedia entre el condiloma acuminado “común” y el carcinoma de células escamosas. La transformación carcinomatosa del condiloma genital es poco frecuente, y generalmente se asocia a la coinfección con serotipos carcinogénicos del VPH (como el 16 y 18). Debido a su baja incidencia su manejo específico no se encuentra consensuado, por lo que es imperativa la evaluación por oncoginecología para determinar su tratamiento. La resección quirúrgica, cuando es viable, parece ser la principal línea de tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Condiloma acuminado, Tumor de Buschke-Lowenstein, Virus papiloma humano.



TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN



ANÁLISIS DE MORTALIDAD E ÍNDICE DE SWAROOP POR CÁNCER DE MAMA ENTRE LOS AÑOS 2017-2021, CHILE.

Autores y tutores: Meneses Rivera Leonel¹, Barraza Costoya Javiera², Espinoza Quintanilla Javier², Ramos Rosas Patricio², Saldaña Rodríguez Constanza², Salas Gallardo Marysabel.³

1. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.
2. Interno (a) de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
3. Médico Cirujana, CESFAM Lo Barnechea, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CM) se reportó como la primera causa de muerte en la mujer, al año 2012 presentaba una tasa de mortalidad de 12,9 por 100.000 mujeres y se reporta una tendencia al aumento. Por lo anterior el objetivo de este trabajo es describir la tasa de mortalidad (TM) e índice de swaroop (ISW) por CM, en el sexo femenino entre los años 2017-2021 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio ecológico sobre cantidad de defunciones por CM en Chile durante el periodo 2017-2021 según rango etario y región (n=7.821); Información obtenida de los registros del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Se realizó estadística descriptiva, cálculo de TM e ISW. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS

La TM por CM en el periodo estudiado fue de 17,6 por cada 100.000 mujeres, con leves variaciones año a año. El grupo etario de 80 y más presentó la mayor TM con 130,73/100.000 mujeres. La región con mayor ISW fue Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo con 90,90%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Al año 2018 se esperaba un aumento del 106% por cánceres dentro de ellos el CM, en este estudio se reporta que entre los años estudiados no existió un aumento de la TM por CM. El grupo etario evidenciado con mayor TM es similar a estudios anteriores chilenos de TM de CM; Un ISW cercano a 100% representa un mejor estado de salud de la población, esto podría indicar que la región se podría presentar un mejor estado de salud al presentar CM en la región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo. En conclusión, para lograr disminuir la TM por CM, es importante conocer y comprender los datos sociodemográficos que influyen en la mortalidad de esta patología a nivel regional y país.

PALABRAS CLAVE: Chile; Mortalidad; Neoplasias de la Mama.

HEPATITIS AGUDA A: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO DURANTE LOS AÑOS 2018-2021, CHILE

Autores y tutores: Meneses Rivera Leonel¹, Barraza Costoya Javiera², Espinoza Quintanilla Javier², Ramos Rosas Patricio², Saldaña Rodríguez Constanza², Salas Gallardo Marysabel.³

1. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.
2. Interno (a) de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
3. Médico Cirujana, CESFAM Lo Barnechea, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La hepatitis aguda es una enfermedad inflamatoria de los hepatocitos, de menos de 6 meses de duración, que puede tener diferentes causas, entre ellas la viral: como el virus de la hepatitis A, el cual puede llevar a requerir manejo hospitalizado. El objetivo de este estudio es comparar descriptivamente la tasa de egreso hospitalario (TEH) por hepatitis aguda A (HAA) entre los años 2018-2021 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio ecológico sobre egresos hospitalarios por HAA en el periodo 2018-2021 en Chile (n=596), según sexo, grupo etario y presentación de encefalopatía hepática. Se utilizaron datos obtenidos por el departamento de estadística e información de salud, para realizar la estadística descriptiva y cálculo TEH. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS

Se evidenció una TEH del período de 0,84/100.000 habitantes, Presentando una disminución de 85,93% en el periodo. El sexo masculino presentó mayor TEH con 1,07/100.000 habitantes. El grupo etario de 20-44 años presentó mayor egresos hospitalarios con 57,71%(344). Un 6,71%(40) presentó encefalopatía hepática.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La disminución de TEH puede deberse a la implementación de la vacuna contra la hepatitis A, en menores de 2 años, sumado a la pandemia por la enfermedad COVID-19 que provocó prioridad de hospitalización a patologías respiratorias. El sexo con mayor TEH podría deberse a presentar una mayor prevalencia de factores de riesgo. Con respecto al grupo etario con mayor egresos hospitalarios se condice con la literatura que portar que en Chile la mayoría de casos por HAA ocurre entre las edades de 15 y 39 años. Se evidencia una mayor cantidad de egresos hospitalarios con encefalopatía hepática en comparación con el 1% que reporta la literatura internacional. En conclusión es importante aplicar medidas de salud pública en el grupo con mayor TEH, así bajar las hospitalizaciones y el gasto público por esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Hepatitis A; Hospitalización; Chile.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSAL VIOLACIÓN

Autores y tutores: Ibacache Guzmán, Macarena¹; Díaz Cabezas, Daniela¹; Flores Rodríguez, Elías¹; Crispi Galleguillos, Francisca²

1. Interna/o de Medicina, Universidad de Chile
2. Médica Cirujana, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es permitida en Chile por tres causales, una es el embarazo producto de una violación. Una mujer o persona gestante que constituye causal puede decidir si continúa o interrumpe el embarazo. El objetivo de esta investigación es indagar en variables sociodemográficas asociadas a esa decisión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico observacional. Se utilizaron los datos entre enero de 2018 y julio de 2022 de la Base de Datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Para analizar si entre variables existe independencia, se utilizó la prueba de Fisher-Irwin, implementada en el software R-Project. Las variables fueron decisión de la mujer sobre la IVE, edad, región, país de origen, pertenencia a pueblos originarios y previsión de salud.

RESULTADOS

En el período, 562 mujeres constituyeron causal violación, de las cuales 7,7% decidieron continuar el embarazo y 92,3% interrumpirlo. Se encontró asociación estadística ($p < 0,05$) de la decisión de la mujer con la edad, destacando que las menores de 14 años continuaron el embarazo en un 31,2%. También hubo asociación con la región, la decisión de continuar el embarazo fue más frecuente en las regiones de Ñuble (36,4%), Aysén (33,3%) y Coquimbo (22,7%). No hubo diferencias significativas con país de origen,

pertenencia a pueblos originarios y previsión de salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La IVE por causal violación ofrece la posibilidad de decidir frente a un embarazo en un contexto dramático, siendo la mujer o persona gestante la única que debe y puede decidir. La causal violación presenta cifras muy bajas, lo que ha sorprendido y generado cuestionamiento en organizaciones ligadas a los derechos sexuales y reproductivos. Existen variables que se asocian a la decisión de continuar o interrumpir el embarazo. En menores de 14 años, la decisión es tomada por un tutor/a legal, lo que podría incidir en los resultados, considerando que la mayoría de los perpetradores de abuso sexual son personas conocidas, en un ambiente intrafamiliar. La asociación con la región del país podría involucrar factores socioculturales y estructurales que sería interesante indagar en futuros estudios.

PALABRAS CLAVE

Aborto Legal, Derechos Reproductivos, Violencia Sexual



ACEMUMT

AUSPICIA Y PATROCINA:

