



ACEMUMT

# **LIBRO RESUMEN**

## **JORNADA CIENTÍFICA 2023**

# ÍNDICE

Declaración Pública Comité Organizador.....	1
Agradecimientos .....	2
Organizadores .....	3
Competencia Científica.....	4
1° EDEMA PULMONAR AGUDO EN EMBARAZO DE ALTO ORDEN .....	5
2° REACCIÓN ANAFILACTOIDE A ROCURONIO. A PROPÓSITO DE UN CASO .....	6
3° PERFORACIÓN COLÓNICA EN TÓRAX, HERNIA DIAFRAGMÁTICA .....	7
TRAUMÁTICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA	
Casos clínicos .....	8
A PROPÓSITO DE UN CASO: INFARTO OMENTAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO .....	9
ABORDAJE DE UN PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO DE ALTA COMPLEJIDAD.....	10
CON PRESENTACIÓN SUBCLÍNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	
ACIDOSIS TUBULAR TIPO IV DE ETIOLOGÍA FARMACOLÓGICA, REPORTE DE UN CASO.....	11
ACRETISMO POSTERIOR EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE UN CASO .....	12
AFLOJAMIENTO ASEPTICO COMO CAUSAL PARA CIRUGIA DE REVISION DE .....	13
ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: A PROPOSITO DE UN CASO	
AMILOIDOSIS DE VESÍCULA BILIAR, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO .....	14
ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA ESPLÉNICA, UN HALLAZGO .....	15
INCIDENTAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO	
ANTICUERPOS IRREGULARES: CAUSA INFRECUENTE DE ISOINMUNIZACIÓN .....	16
ERITROCITARIA FETO-MATERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO	
ARTRITIS SÉPTICA NEONATAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: REPORTE DE UN CASO .....	17
ASPERGILOMA EN INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	18
ASPERGILOSIS PULMONAR COMO SOBREENFECCIÓN EN UNA PACIENTE CON .....	19
NEUMONÍA POR INFLUENZA Y STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE	
ATRESIA DE VIAS BILIARES, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	20

ATRESIA DUODENAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LACTANTE VOMITADOR, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	21
BOLSA DE ORINA PÚRPURA COMO MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO: REPORTE DE UN CASO .....	22
CAUSAS ATÍPICAS DE ENFERMEDAD RENAL, NEFRITIS LÚPICA EN HOMBRE DE 70 AÑOS .....	23
CONSIDERACIONES EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA CISTITIS ENFISEMATOSA: REPORTE DE CASO .....	24
CRISIS DE ADDISON, UNA SITUACIÓN MORTAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EN RELACIÓN A UN CASO CLÍNICO .....	25
DEBUT DE LEUCEMIA AGUDA EN UNA PACIENTE HOSPITALIZADA POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. A PROPÓSITO DE UN CASO .....	26
DEBUT DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE DE DÍFICIL MANEJO DURANTE LA GESTACIÓN, REPORTE DE UN CASO .....	27
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PARÁLISIS FLÁCIDA EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO DE UN CASO .....	28
DISECCIÓN AÓRTICA EN EMBARAZO, UN DESAFÍO CLÍNICO .....	29
DIVERTICULITIS APENDICULAR: REPORTE DE UN CASO .....	30
DIVERTICULITIS DERECHA: IMPORTANCIA DE ESTUDIO IMAGENOLÓGICO EN SU DIFERENCIACIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	31
DOBLE COLGAJO DE AVANCE CON ANESTESIA LOCAL PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ESPINOCELULAR EN CUERO CABELLUDO, REPORTE DE CASO. ....	32
DOLOR CRÓNICO POR NEUROPATÍA HEREDITARIA CON SUSCEPTIBILIDAD A PARÁLISIS POR PRESIÓN Y SÍNDROME OPÉRCULO TORÁCICO CONCOMITANTES .....	33
EMPIEMA PLEURAL COMPLICADO CON SEPSIS Y HALLAZGO INCIDENTAL INTRAOPERATORIO DE QUISTES ABSCEDADOS, A PROPÓSITO DE UN CASO CON DIFÍCIL MANEJO. ....	34
ENDOCARDITIS INFECCIOSA PUERPERAL: EMERGENCIA CARDIOQUIRÚRGICA POR ABSCESO MITRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	35
ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE PERO DEVASTADORA. ....	36
ENFERMEDAD DE KAWASAKI; PRESENTACIÓN CLÍNICA INCOMPLETA Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	37
ENTERITIS EOSINOFÍLICA DESAFIO DIAGNOSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	38
ESTRATEGIA TELE-ACV: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	39

ETIOLOGÍA IDIOPÁTICA COMO ORIGEN DE INSUFICIENCIA RENAL Y ADRENAL CONCOMITANTES, A PROPÓSITO DE UN CASO	40
FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO	41
FIEBRE TIFOIDEA, PRESENTACIÓN TÍPICA DE UN CASO	42
FRACTURA-LUXACIÓN DE TOBILLO TIPO BOSWORTH: REPORTE DE UN CASO	43
FRACTURA POR AVULSIÓN DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA, A PROPÓSITO DE UN CASO	44
GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA LÚPICA: REPORTE DE UN CASO	45
HEMATURIA COMO DEBUT DE UNA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EN SERVICIO DE URGENCIAS	46
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PERICALLOSA, REPORTE DE UN CASO	47
HERNIA GIGANTE CON PÉRDIDA DE DOMICILIO EN PACIENTE OBESA MORBIDA, MANEJO Y PRÓNOSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO	48
HERPES ZÓSTER VISCERAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO	49
HIDROTÓRAX HEPÁTICO, UNA COMPLICACIÓN INUSUAL EN PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO: REPORTE DE CASO.	50
HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, REPORTE DE CASO	51
HIPOFISITIS ASOCIADA A INHIBIDORES DE PD-1. REPORTE DE UN CASO	52
HIPOFISITIS GRANULOMATOSA, UN CASO DE PANHIPOPITUITARISMO POR GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS	53
HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE ATAXIA ESPINOCEREBELOS A HEREDITARIA DE FRIEDREICH DE INICIO TARDÍO, A PROPÓSITO DE UN CASO	54
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL HOMBRE Y SU TRATAMIENTO CON ESFINTER ARTIFICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	55
INFARTO DE MIOCARDIO MASIVO EN PACIENTE JOVEN, A PROPÓSITO DE UN CASO	56
INFARTO HEMISFÉRICO MALIGNO DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA Y RESPUESTA TERAPÉUTICA A LA HEMICRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO	57
INFARTO PULMONAR COMO PRESENTACIÓN DE NEUMONÍA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO	58
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A OBSTRUCCIÓN URETERAL BILATERAL: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE UN CÁLCULO VESICAL DIFÍCIL.	59
LESIÓN INCIDENTAL DE URÉTER Y VEJIGA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA POR CARCINOSARCOMA UTERINO: A PROPÓSITO DE UN CASO	60

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO.....	61
LINFOMA DE BURKITT CON PRESENTACIÓN SINCOPAL: REPORTE DE CASO .....	62
LUXO-FRACTURA DE ASTRAGALO, UN CAMINO HACIA LA OSCURIDAD.....	63
A PROPOSITO DE UN CASO	
MANEJO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN DERRAME PLEURAL MALIGNO SECUNDARIO.....	64
A CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO CON DIAGNÓSTICO TARDÍO	
MANEJO NO CONVENCIONAL DE LINFANGIOMA ABDOMINAL EN ADULTO.....	65
REPORTE DE UN CASO	
MANIFESTACIÓN EXTRAARTICULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO TARDÍO, .....	66
A PROPÓSITO DE UN CASO	
MEDULOBLASTOMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	67
MENINGITIS BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS EQUI ZOOEPIDEMICUS:.....	68
REPORTE DE UN CASO	
MESOTELIOMA QUÍSTICO CON EPITELIO DE TIPO AMNIÓTICO EN.....	69
EMBARAZO DE TÉRMINO. REPORTE DE UN CASO	
MICOSIS FUNGOIDE EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO.....	70
MICROFTALMIA UNILATERAL CONGÉNITA, ROL DE SU PESQUISA Y MANEJO.....	71
PRECOZ, REPORTE DE CASO	
MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO EN PACIENTE MASCULINO. A PROPÓSITO DE UN CASO .....	72
MIOPATÍAS INMUNOMEDIADAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL,.....	73
A PROPÓSITO DE UN CASO	
MUERTE FETAL TEMPRANA EN PACIENTE CON DÉFICIT DE.....	74
PROTEÍNA S PREVIAMENTE DESCONOCIDO: REPORTE DE UN CASO	
NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA DE ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL EN PACIENTE .....	75
HOSPITALIZADO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO	
NEUROSÍFILIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.....	76
OSTEOMIELITIS CRÓNICA CON ABSCESO DE BRODIE: A PROPÓSITO DE UN CASO .....	77
OSTEOMIELITIS EN PIE DIABÉTICO POR CANDIDA METAPSILOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO .....	78
PANCREATITIS AGUDA INDUCIDA POR ÁCIDO VALPROICO: A PROPOSITO DE UN CASO .....	79
PANCREATITIS AGUDA POR CORONAVIRUS-HKU1 EN LACTANTE; UNA ETIOLOGÍA.....	80
INFRECIENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO	
PARÁLISIS AGUDA AISLADA DEL NERVIOS ABDUCENS: ORIGEN MICROVASCULAR .....	81

PAREZIA MÍNIMA COMO PRESENTACIÓN DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, ..... A PROPÓSITO DE UN CASO	82
PIODERMA GANGRENOSO SEVERO EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA, ..... REPORTE DE UN CASO.	83
POLIARTRITIS COMO EXPRESIÓN CLÍNICA DE ANEMIA DREPANOCÍTICA EN ..... PREESCOLAR DE 4 AÑOS DE EDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO.	84
PÓLIPO INFLAMATORIO CLOACOGÉNICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ..... INFRECUENTE DE PÓLIPO COLORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	85
PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO TROMBÓTICO: RECAÍDA Y EXACERBACIÓN, ..... A PROPÓSITO DE UN CASO	86
QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO EN PREADOLESCENTE: REPORTE DE CASO .....	87
QUISTE HIDATÍDICO PERFORADO EN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO ..... A PROPÓSITO DE UN CASO.	88
REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA TORÁCICA COMO TERAPIA DE HEMATOMA ..... INTRAMURAL EN PACIENTE CON ARCO AÓRTICO TIPO BOVINO: REPORTE DE CASO	89
REPORTE DE CASO: POLIDACTILIA POSTAXIAL EN EXTREMIDAD INFERIOR.....	90
RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO SEVERO: A PROPÓSITO DE UN CASO .....	91
RIÑÓN EN HERRADURA ASOCIADO A HIDRONEFROSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	92
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, LA IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN PRECOZ..... A PROPÓSITO DE UN CASO	93
SÍNDROME DE LISIS TUMORAL ESPONTÁNEO EN TUMOR SÓLIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	94
SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER COMO CAUSA DE..... AMENORREA PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO	95
SÍNDROME DE RAMSAY HUNT ATÍPICO EN ADULTO MAYOR INMUNOCOMPETENTE..... REPORTE DE CASO	96
SÍNDROME DE TAKOTSUBO COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL..... SÍNDROME CORONARIO AGUDO	97
SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT RECIDIVANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	98
SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO SECUNDARIO A ENDOCARDITIS SUBAGUDA EN PRÓTESIS ..... VALVULAR CARDÍACA BIOLÓGICA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	99
SÍNDROME NEFRÓTICO DE RÁPIDA INSTALACIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	100
SÍNDROME RIÑÓN PULMÓN: HEMOPTISIS COMO SIGNO DE ALARMA EN APS.....	101
TERATOMA MADURO GIGANTE COMO HALLAZGO ECOGRÁFICO: REPORTE DE UN CASO.....	102

TRAUMATISMO PENETRANTE RAQUÍDEO T11-T12 SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO,.....	103
PRESENTACIÓN DE UN CASO	
TROMBOCITOPENIA INMUNE SECUNDARIA A INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI .....	104
ASOCIADO A USO DE ISOTRETINOINA, REPORTE DE CASO	
TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN ADOLESCENTE.....	105
CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA CRÓNICA	
VASCULTIS ANCAP (+), PRESENTACIÓN DE UN CASO .....	106
VASCULITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD POR ANTICUERPOS ANTIMEMBRANA BASAL .....	107
GLOMERULAR CONCOMITANTE CON POSITIVIDAD PARA ANCA EN PACIENTE CON SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN. REPORTE DE UN CASO	
VIRAJE TRASTORNO BIPOLAR A PROPÓSITO DE UN CASO .....	108
VÓLVULO DE COLON SIGMOIDES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: REPORTE DE CASO.....	109
VÓLVULO GÁSTRICO ASOCIADO A HERNIA DIAFRAGMÁTICA; CAUSA INFRECUENTE .....	110
DE DOLOR ABDOMINAL. REPORTE DE CASO	
<b>Trabajos de investigación.....</b>	<b>111</b>
ACTUALIZACIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD DEL CÁNCER DE VEJIGA DEL AÑO .....	112
2021 A 2023 EN CHILE	
ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE CESÁREAS VERSUS PARTOS DURANTE LOS AÑOS .....	113
2017 - 2020 EN LA RED PÚBLICA DE CHILE.	
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE AMPUTACIONES POR PIE DIABÉTICO EN LA.....	114
REGIÓN METROPOLITANA ENTRE LOS AÑOS 2017 A 2020.	
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE HERNIA INGUINAL CON Y SIN OBSTRUCCIÓN .....	115
CÁLCULO DE TASA DE MORTALIDAD EN CHILE EN EL PERIODO 2019-2022.	
DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS A ANTICUERPO ANTI CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN .....	116
PACIENTES DEL HOSPITAL DE LOS ÁNGELES DESDE 2014-2022: MÁS QUE VASCULITIS	
EGRESOS HOSPITALARIOS POR LITIASIS, ANÁLISIS AÑOS 2021-2022 EN CHILE.....	117

# Declaración Pública Comité Organizador

Jornada Científica Universidad Mayor sede Temuco 2023

Como comité organizador de la Jornada científica de la Universidad Mayor de Temuco llevada a cabo por la Escuela de Medicina de la Universidad Mayor y la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Mayor (ACEMUMT), y en conformidad a la Resolución Exenta N°27 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, publicada el 12 de Enero de 2023, 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 104 Reportes de Casos Clínicos y 6 Trabajos de Investigación seleccionados y presentados en la Jornada Científica Universidad Mayor de Temuco llevado a cabo los días 10 y 11 de noviembre de 2023 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.agemumt.cl/libro-resumenes/](http://www.agemumt.cl/libro-resumenes/) en la sección "Libros Resúmenes" y en el siguiente link de carpeta drive ([https://drive.google.com/drive/folders/1N6kgN1Du\\_6TzlBecssQ4fRw55BwKekyC](https://drive.google.com/drive/folders/1N6kgN1Du_6TzlBecssQ4fRw55BwKekyC)).

Asimismo, cada participante cuenta con su Certificado de Autor o Tutor en formato electrónico que puede encontrar en este link (<https://drive.google.com/drive/folders/1v4iR8jNKKhsPd4EBAhmdLRDLW4gows6U>) según la codificación asignada. 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,



Jorge Muñoz Alvarado,  
Presidente ACEMUMT



Dra. Rossana Villalobos,  
Directora Carrera de Medicina  
Universidad Mayor sede Temuco

# Agradecimientos

Dra. Rossana Villalobos Castillo, Juez Evaluador y Directora de la 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

Dr. Bastián Abarca, Juez Evaluador y Docente Universidad Mayor de Temuco

Dr. Álvaro Santoro, Juez evaluador

Dra. Belen Cortes, Juez evaluador

Dra. Marcela Montero, Juez evaluador y Coordinadora internado medicina interna y de internado de adulto mayor UMT

Dr. Sebastián Galeguillos, Juez Evaluador

Dr. Cristián Sandoval, Juez Evaluador

Dr. Francisco Contreras, Juez Evaluador

Dr. Pablo Aravena, Juez Evaluador

Dr. Fernando Vallejos, Juez Evaluador

Paulina Roca, Asistente Ejecutivo, Carrera de Medicina UMT

Mg. Carolina Lagos, Dirección General Estudiantil, UMT

# Organizadores

Jorge Muñoz Alvarado, Presidente ACEMUMT

Catalina de la Barra Oliva, Vicepresidenta ACEMUMT

Camila Cepeda Durán, Secretaria ACEMUMT

Raúl Cortés Iturra, Tesorero ACEMUMT

Josefa Aravena Montecinos, Codirectora de departamento de Educación en Salud ACEMUMT

María Francisca Román Gaete, Codirectora de departamento de Educación en Salud ACEMUMT

Cristina Millán Catalán, Codirectora de departamento de Medio Ambiente ACEMUMT

Carolina Vergara Inostroza, Codirectora de departamento de Medio Ambiente ACEMUMT

Felipe Espinoza Vargas, Codirector de departamento de Catástrofe y Emergencias ACEMUMT

Isrradín Fuchslocher Montero, Codirector de departamento de Catástrofe y Emergencias ACEMUMT

Dante Farías Fonseca, Codirector de departamento de Difusión e Informática ACEMUMT



# **COMPETENCIA CIENTÍFICA**

## “Edema pulmonar agudo en embarazo de alto orden”

**Autores y tutores:** Castelli Abarca, Fiorenza<sup>1</sup>; Contreras Marambio, Julio<sup>1</sup>; Castillo Amulef, Francisca<sup>1</sup>; Cornejo Reyes, Jesús<sup>1</sup>; Hassan González Gadir<sup>1</sup> Lozada El Khouri Yolanda<sup>2</sup>.

1. Interno/a de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago
2. Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

### **INTRODUCCIÓN**

Un embarazo de alto orden corresponde al desarrollo simultáneo en el útero de 3 o más fetos. La incidencia ha ido incrementando significativamente a lo largo de los años, tanto por aumento de edad materna, como a la innovación de técnicas de fertilización asistida. Por definición, es considerado un embarazo de alto riesgo debido a que las complicaciones maternas y perinatales son significativamente superiores comparado a los embarazos únicos, con un incremento importante de síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) (25 a 50% en embarazo trigemelar).

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Mujer 36 años, múltipara de 2, con antecedente de preeclampsia sin criterios de severidad en embarazo previo. Embarazo actual con ecografía precoz que confirma embarazo triple bicorial triamniótico con alto riesgo de preeclampsia y doppler de arterias uterinas normal. Usuaria de aspirina desde las 12 semanas. Es hospitalizada a las 27+2 semanas por cifras tensionales elevadas, fuera de rango de crisis hipertensiva, asociado a tinnitus y fotopsias autolimitados, edema bpalpebral y de extremidades inferiores, albuminuria positiva (++++) y proteinuria 24 horas posterior en 1.36 g. Se diagnostica preeclampsia. Durante la hospitalización evoluciona con disnea progresiva, ortopnea, edema generalizado y oliguria, destacando a la auscultación crépitos bibasales. Radiografía de tórax con leve infiltrado parahiliar y ecocardiograma sin signos de hipertensión pulmonar. Se inicia tratamiento con furosemida de forma empírica logrando mejoría significativa de cuadro clínico, por lo que se interpreta como cuadro de edema pulmonar agudo (EPA). Dado preeclampsia con criterio de severidad, se decide interrupción del embarazo por cesárea a las 28+0 semanas.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El embarazo trigemelar se asocia a un riesgo aumentado de morbilidad materna y complicaciones obstétricas. Existen pocos reportes de casos que utilizan la mejoría del cuadro clínico con uso de

furosemida empírica como criterio diagnóstico de EPA de forma retrospectiva, a pesar de que la paciente no cumpla con los criterios diagnósticos clásicos de EPA, tal como ocurrió en el presente caso clínico. Es por ello que es relevante derivar estas pacientes a centros de alta complejidad que cuenten con especialistas en medicina materno-fetal para su seguimiento y resolución de patologías emergentes de embarazos de alto orden.

### **PALABRAS CLAVES**

Triplet pregnancy, Preeclampsia, Pulmonary edema

## “Reacción Anafilactoide a Rocuronio. A propósito de un caso.”

**Autores y tutores:** Aravena Bravo Pablo<sup>1</sup>, Contreras Prado Valentina<sup>1</sup>, Henríquez Garay Bruno<sup>1</sup>, Hernández Jara Natalia<sup>1</sup>, Rudolph Oppliger Thomas<sup>1</sup>, Muñoz Saavedra Felipe<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina Universidad Mayor, Sede Temuco
2. Médico Anestesiólogo, Hospital San José de Victoria

### **INTRODUCCIÓN**

Las reacciones adversas a medicamentos se pueden presentar en cualquier etapa de la anestesia general, pero ocurren por lo general durante la inducción de esta. Su incidencia es de un 1-3%, siendo los relajantes musculares la principal droga responsable, estimándose 1 caso por cada 6500 administraciones, donde el rocuronio es el fármaco con mayor frecuencia de reacciones alérgicas.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina, 14 años, sin antecedentes mórbidos, quirúrgico o alérgicos. Ingresa para cirugía mayor ambulatoria de resección de adenoides. Se induce con fentanilo, lidocaína y propofol, posteriormente administración de rocuronio. Se realiza intubación orotraqueal, bajo laringoscopia directa, con tubo orotraqueal (TOT) N°6. Destaca ausencia de empañamiento del tubo, movimientos ventilatorios y capnografía. Sospechándose intubación esofágica, se retira TOT y se ventila con bolsa mascarilla, sin embargo, ocurre desaturación gradual de oxígeno hasta 47%, sin alteraciones hemodinámicas ni electrocardiográficas. Se realiza segunda intubación orotraqueal, confirmando posición de TOT mediante videolaringoscopia, sin mejoría. Sospechando broncoespasmo, se inicia manejo con adrenalina endovenosa. Tras lograr estabilizar la ventilación, se observan pápulas eritematosas solevantadas bilaterales en línea axilar media y tronco. Se sospecha reacción anafilactoide a Rocuronio, se administra Sugammadex, tras lo que la paciente logra evolución satisfactoria, sin mayores complicaciones. Se realizó medición de Triptasa plasmática en la primera hora tras la reacción, que resultó 1.6 ug/L, con posterior determinación basal en 0.8 ug/L.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Las reacciones alérgicas a los relajantes musculares son poco frecuentes, sin embargo, resulta primordial la sospecha precoz de esta complicación, así como lo es también su identificación pronta, para un manejo efectivo en el menor tiempo posible, ya que es una complicación que puede comprometer la vida del paciente. En este caso, se realiza manejo con Sugammadex con éxito debido a su efecto antagonista y quelante del Rocuronio. Debemos destacar el rol de la Triptasa, que indica la actividad de los mastocitos y se correlacionan con la gravedad de la anafilaxia.

### **PALABRAS CLAVES**

Anestesiología, Reacción adversa a medicamentos, Rocuronio

## Perforación colónica en tórax, hernia diafragmática traumática de presentación tardía

**Autores y tutores:** Neira Salazar Matías<sup>1</sup>, Neira Fuentes Fernanda<sup>1</sup>, Riffo Sepúlveda Sebastián<sup>1</sup>, Guzmán Tapia Mirko<sup>1</sup>, Peraza Fagundez Juan<sup>2</sup>.

1. Interno (a) de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Especialista en Cirugía General, Unidad de Cirugía de Tórax, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

Las hernias diafragmáticas (HD) se definen como el paso del contenido abdominal a la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. Se dividen en congénitas y adquiridas (traumáticas). La HD traumática es una lesión poco frecuente y potencialmente mortal. Aproximadamente, un 30% de las HD traumáticas se presentan en forma tardía, con un período de intervalo entre injuria y clínica, que varía entre 24 horas y 50 años. El presente caso ilustra la excepcional situación de un paciente cuya hernia diafragmática se complicó 20 años después de la injuria inicial.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 37 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en urgencias por 4 días de dolor abdominal intenso progresivo, en hipocondrio izquierdo irradiado a hombro ipsilateral, asociado a ausencia de deposiciones y gases. Al examen físico, con disminución de murmullo pulmonar en hemitórax izquierdo y abdomen con resistencia muscular generalizada. Se realizó tomografía computarizada que mostró hernia diafragmática izquierda con asa de colon obstruida y perforada. Al reinterrogatorio, con antecedente de herida por arma blanca toracoabdominal posterior, a los 17 años. Ingresó a laparotomía, identificándose asa de colon transversa protruida, con orificio herniario de 2cm y abundantes deposiciones líquidas desde tórax. Se realizó apertura de diafragma izquierdo, reduciendo colon hacia abdomen; se reseccionó segmento necrótico, se aseó cavidad pleural, se instaló drenaje,

se suturó defecto diafragmático y se realizó colostomía. A la semana postoperado evolucionó con empiema izquierdo que requirió aseo quirúrgico por videotoracoscopia, siendo finalmente dado de alta tras dos semanas hospitalizado.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La HD traumática representa una entidad poco frecuente. Suele ser una lesión oculta que, en la mayoría de los casos, es secundaria a heridas por arma blanca o de fuego que no fueron correctamente evaluadas en su momento. Puede permanecer asintomática de forma indefinida o sufrir complicaciones en un periodo de tiempo variable. Por lo tanto, para su pesquisa, se requiere tener un alto índice de sospecha ante el antecedente de trauma toraco-abdominal.

### **PALABRAS CLAVES**

Complicación, Hernia diafragmática, Tórax.

# CASOS CLÍNICOS

## “A propósito de un caso: infarto omental como causa de dolor abdominal agudo”

**Autores y tutores:** Ávila Gatica Claudia<sup>1</sup>, Valdés Brand Diego<sup>1</sup>, Maldonado Bascur Diego<sup>1</sup>, Sepúlveda Mainhard Matías<sup>1</sup>, Lillo Leonelli Camila<sup>1</sup>, Melo Escobar Carlos<sup>2</sup>, Venegas Poblete Carlos<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor Temuco
2. Médico Cirujano, CESFAM Pitrufrquén
3. Médico Cirujano, Hospital de Pitrufrquén

### **INTRODUCCIÓN**

El infarto omental (IO) es una entidad rara y escasamente conocida. Afecta principalmente a hombres de entre 30 y 50 años . Es una causa poco común de dolor abdominal agudo, donde los estudios imagenológicos son fundamentales para su diagnóstico, siendo la tomografía computarizada (TC) el gold standard .

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 39 años, sin antecedentes mórbidos, postoperado de 5 días de hernioplastia incisional, consulta por cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución, asociado a vómitos biliosos, con ausencia de deposiciones y gases por ano. Ingresa hemodinámicamente estable, abdomen con herida operatoria de laparotomía media supraumbilical, blando, depresible, doloroso difuso, sin signos de irritación peritoneal.

Se realiza TC de abdomen con contraste que evidencia “cambios postquirúrgicos de la pared abdominal, cambios inflamatorios del tejido adiposo peritoneal y preperitoneal, que pudiera estar en contexto de infarto omental”. Se hospitaliza para manejo médico. Paciente evoluciona con evidente mejoría clínica, con ausencia de dolor, por lo que se decide alta médica con control ambulatorio.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El omento es una extensión móvil del peritoneo que se origina desde la curvatura mayor del estómago . El IO es una entidad poco frecuente, sus principales causas se deben a torsión, infecciones intraabdominales, trombosis primaria, aunque también pueden ser de causa idiopática. Clínicamente puede simular otras causas de abdomen agudo, por lo que el diagnóstico clínico puede ser difícil de realizar y requerirá estudio imagenológico. El tratamiento de elección consta de antibióticos,

analgésicos y antiinflamatorios, en casos severos o deterioro clínico debe realizarse manejo quirúrgico.

### **PALABRAS CLAVES**

Infarto, Omento, Abdomen agudo.

## Abordaje de un proceso inflamatorio pélvico de alta complejidad con presentación subclínica.

**Autores v tutores:** Silva Vergara Sofía<sup>1</sup>, Queirolo Campos Javiera<sup>1</sup>, Rojas Contreras Catalina<sup>1</sup>, Martínez González Francisco<sup>1</sup>, Parada García Valentina<sup>1</sup>, Rapimán González Andrea<sup>2</sup>.

1. Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae.
2. Médico Cirujano, Docente Universidad Finis Terrae.

### **INTRODUCCIÓN**

Los procesos inflamatorios pélvicos (PIP) son cuadros infecciosos del tracto genital superior, comunes en mujeres en edad reproductiva, que pueden terminar en abscesos y otras complicaciones, aunque sus formas menos evidentes suelen ser subdiagnosticadas. Sus factores de riesgo incluyen parejas sexuales múltiples y relaciones sexuales sin protección, por lo que se debe tener alto nivel de sospecha.

Sus etiologías más comunes son infecciones de transmisión sexual, principalmente *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*. Este cuadro suele presentarse con dolor abdominal, dispareunia, disuria, flujo vaginal anormal, sangrado menstrual irregular y fiebre.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 32 años consulta por 2 semanas de dolor cólico abdominal en cuadrantes inferiores, EVA 6/10, y disuria. Hace 1 semana aumenta en intensidad y frecuencia, evolucionando a dolor constante EVA 9/10. Niega fiebre, vómitos, descarga vaginal y sangrado anormal.

Paciente consultó en ginecología, sin hallazgos significativos. Se pesquiza alteración de parámetros inflamatorios, destacando 45.000 leucocitos, y bHCG negativa. En TAC se identifica imagen ovalada en anexo derecho, imagen quística anexial izquierda, cambios inflamatorios de grasa pélvica y líquido libre. Se realiza laparotomía exploratoria, diagnosticando Salpingitis bilateral, se realiza aseo y se inicia antibioterapia con Doxiciclina.

No presenta mejoría clínica ni de laboratorio, presentando PCR de 238 y 31.000 leucocitos, con hemocultivos y cultivos de flujo negativos para bacterias aerobias, anaerobias y ETS. Se escala tratamiento a Imipenem, Vancomicina y Doxiciclina, con lo que logra mejoría del cuadro.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Este caso es un PIP con poca clínica (dolor abdominal como único elemento semiológico presente). Por esto, el diagnóstico fue lento,

requiriendo un manejo agresivo con antibioterapia de segunda línea y aseo quirúrgico.

Los PIP son una patología altamente frecuente en mujeres en edad reproductiva, sin embargo, muchas veces su diagnóstico se dificulta al presentar clínica similar a cuadros gastrointestinales y urinarios.

Es importante tener una alta sospecha diagnóstica al enfrentarnos a una mujer con abdomen agudo y dolor abdominal bilateral una vez descartado el embarazo, ya que el tratamiento precoz permite evitar secuelas importantes como sepsis, absceso tubárico roto, infertilidad y dolor crónico.

### **PALABRAS CLAVES**

Abdomen agudo, Proceso inflamatorio pélvico, Salpingitis

## “Acidosis tubular tipo IV de etiología farmacológica, reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Bañados Cordero Antonia<sup>1</sup>, Pardo Soto Constanza<sup>1</sup>, Cordero Guerra Julian<sup>1</sup>, Romero Baeza Mario<sup>2</sup>, Cerra Olivero Carlos<sup>3</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor de Temuco
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor de Temuco
3. Médico Internista, Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres, Angol

### **INTRODUCCIÓN**

La acidosis tubular renal tipo IV (ATR-IV) es un tipo de acidosis tubular renal. De etiología variada, se presenta hasta en el 42% de los pacientes con nefropatía diabética. Otras causas son la nefritis intersticial aguda, glomerulonefritis y algunos fármacos. La ATR-IV surge a partir del déficit o acción disminuida de aldosterona, disminuyendo la excreción de potasio hacia la orina ocasionando hiperkalemia que restringe la producción y excreción de amonio y origina acidosis metabólica.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 75 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, HTA, usuario de marcapaso, uso crónico de amiodarona, espironolactona y enalapril. Refiere pérdida de peso no cuantificada durante último mes, cefalea, vértigos, temblores involuntarios y debilidad leve en extremidades inferiores, consultando en urgencias en dos oportunidades. Se realiza TC de cerebro y AngioTC de cuello describiéndose como hallazgos cavernoma frontal, disminución del volumen cerebeloso y ateromatosis intracraneana, presentándose a neurocirugía e indicándose el alta con control ambulatorio. En domicilio paciente sin mejoría e imposibilidad a la marcha por disminución de la fuerza muscular en extremidades inferiores, consulta nuevamente y se hospitaliza por paraparesia en estudio. Destacan al ingreso potasio hasta 7.5, creatinemia 1.72 y acidosis metabólica. TAC TAP destaca hígado denso en contexto de uso crónico de amiodarona. Paralelamente se corrige hasta mejoría. Panel autoinmune incluido perfil de miositis negativos, nivel cortisol normal, renina baja, sin proceso infeccioso con urocultivo y hemocultivos negativos, función renal normalizada. Evaluado por neurología, plantea paraparesia secundaria a hiperkalemia. Paciente evoluciona favorablemente con desaparición de temblores, recuperación fuerza muscular y logra deambulación. Se plantea conjunto a nefrología hipoaldosteronismo hiporreninémico

como causa de hiperkalemia, se suspende IECA y espironolactona por riesgo de recidiva.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La ATR-IV generalmente es asintomática y, como suele ser la hiperkalemia el principal hallazgo, se considera usualmente como diagnóstico de exclusión. Por lo anterior, destaca presentación inicial con temblores involuntarios y paraparesia del caso mencionado. Si bien las causas son varias, la correcta identificación del hipoaldosteronismo hiporreninémico secundario al uso de fármacos como causa directa permite un manejo apropiado (corrección de hiperkalemia y tratamiento de la causa subyacente, en este caso suspensión de los medicamentos).

### **PALABRAS CLAVES**

Acidosis tubular tipo IV, hiperkalemia, hipoaldosteronismo.

## Acretismo posterior en paciente joven, reporte de un caso

**Autores y tutores:** Cohen Chible León<sup>1</sup>, Vásquez Escobar Marcelo<sup>1</sup>, Pino Diaz Alejandra<sup>1</sup>, González González Javier<sup>1</sup>, Zúñiga Gutiérrez María<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Médico Especialista en Ginecología, Universidad Mayor, Angol, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

El acretismo placentario (AP) corresponde a una alteración de la implantación placentaria en el útero. clasificándose como: acreta, increta, percreta. En las últimas décadas ha ido exponencialmente en aumento debido al incremento de cesáreas. Se establece que, a mayor número de cesáreas previas, mayor es la prevalencia de AP desde 0,2-7%.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina, 23 años, antecedente de cesárea en 2017 y obesidad, en controles en alto riesgo obstétrico por feto grande para edad gestacional, destacando placenta posterior en todos los controles ecográficos, resto batería sin hallazgos. es hospitalizada para pabellón programado, día previo a pabellón inicia trabajo de parto espontáneo, paciente en puerperio inmediato presenta retención de placenta asociado a sangrado abundante y shock hemorrágico. Se realiza histerectomía subtotal y anexectomía derecha de urgencia, impresionando AP posterior. El informe de biopsia describe AP posterior, caracterizado por la presencia de vellosidades coriales adheridas a la superficie miometrial. paciente fue dada de alta, autorizando consentimiento informado en último control

A pesar de que la mayoría de los casos de AP sean anteriores, existen posibilidades de que existan presentaciones atípicas, recae la importancia de los controles por ultrasonido para realizar el diagnóstico.

### **PALABRAS CLAVES**

Placenta diseases, placenta accreta, cesarean section.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La placenta anterior puede invadir una cicatriz de cesárea previa, causando AP en dicho sitio, siendo la localización anterior más frecuente según el índice de tovin(IT), el cual se realiza mediante ultrasonido. un estudio del 2023 que incluía a 63 pacientes evaluadas según IT se analizó la asociación del diagnóstico de AP por ultrasonido y según IT 47 pacientes (74,60%) tenían placenta anterior y 30 (47,62%) tenían  $\geq 2$  cesáreas previas, además, estableció una mediana de 32 años (con rango intercuartílico de 27-36 años). en otro estudio se demostró la existencia de otras variables asociadas a AP como: tipo de sutura y tiempo de cierre de la histerectomía.

## “Aflojamiento aséptico como causal para cirugía de revisión de artroplastia total de cadera: a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Toledo Boggie Pedro<sup>1</sup>, Garrido Casanova Valentina<sup>1</sup>, Garrido Escárte Barbara<sup>1</sup>, Reinicke Burgos Michelle<sup>2</sup>, Madariaga Poblete Mauricio<sup>3</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco
2. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco
3. Traumatólogo, Servicio Traumatología y Ortopedia, Hospital de Victoria

### **INTRODUCCIÓN**

La artroplastia total de cadera (ATC) es una de las intervenciones más efectivas en la historia de la medicina. Con el aumento de la expectativa de vida y teniendo en cuenta que las prótesis tienen su propia vida útil, la cirugía de revisión se ha convertido en algo habitual. Su clínica es variable, desde asintomática hasta coxalgia que cede al reposo y dificultad de la marcha. Dentro de los causales de revisión, el aflojamiento aséptico y osteólisis sería la principal (48%), pero con incidencia variable junto a inestabilidad/luxación e infección.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 64 años con antecedente de ATC bilateral operadas hace 18 y 16 años. Consultó en urgencias por cuadro de 2 meses de coxalgia intensa derecha y dificultad en la marcha. Posteriormente fue evaluada por traumatología, quienes indicaron exámenes de laboratorio e imágenes (TAC y Rx), en los cuales se apreció importante osteólisis del componente acetabular derecho. Se procedió a descartar el aflojamiento séptico vía artrocentesis de cadera, dichos cultivos y citoquímicos negativos. Durante la revisión quirúrgica se objetivó importante defecto cavitario a superior y posterior, con una inexistencia de la pared anterior. Se realizó cementación en acetábulo, reemplazando los componentes anteriores y cabeza femoral por unos nuevos. Paciente evolucionó satisfactoriamente, indicándose el alta con carga menor al 20% de peso corporal.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Dentro de las complicaciones tardías de la ATC, debe considerarse el aflojamiento protésico producto de una osteólisis, descartándose el causal infeccioso mediante artrocentesis, que suele ser lo más temido por su potencial mortalidad. Existen diversos factores de riesgo para el aflojamiento aséptico como edad <55 años, materiales, tipos de fijación. Se sabe que el mecanismo principal de osteólisis es la reacción biológica al debris generado por el

implante, activando macrófagos que liberan factores osteolíticos que activan osteoclastos. El estudio inicial debe contar con Rx pelvis centrada para ATC y exámenes de laboratorio. Se describe la clasificación de Paprosky para osteólisis acetabular, siendo requerido de TAC para una correcta clasificación. Se debe definir conducta caso a caso, siendo generalmente reemplazados los componentes protésicos por nuevas generaciones de metales como el tantalio, que previenen futuras pérdidas de hueso.

### **PALABRAS CLAVES**

Artroplastia de Reemplazo de Cadera, Osteólisis, Prótesis de Cadera

## “Amiloidosis de vesícula biliar, a propósito de un caso clínico”

**Autores y tutores:** Rodríguez Caballero Catalina <sup>1</sup>, Bombín Figueroa Antonella <sup>1</sup>, Vera Torrijos José <sup>2</sup>, Oliva Palta Juan <sup>3</sup>, Fuentealba Villanueva Nicolás <sup>3</sup>, Concha Sanhueza Ximena <sup>4</sup>.

1. Estudiante de sexto año de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca.
2. Estudiante de tercer año de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.
3. Estudiante de séptimo año de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca.
4. Cirujana General, Servicio de cirugía, Complejo Asistencial Padre las Casas, Temuco.

### **INTRODUCCIÓN**

La amiloidosis es una entidad clínica caracterizada por depósito extracelular de material proteico anormal insoluble que conlleva una pérdida en la arquitectura y funcionalidad de los órganos, siendo extremadamente raro en la vesícula biliar. Los depósitos son principalmente reconocibles por su afinidad por la tinción rojo Congo.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenino de 61 años consulta por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, al examen físico sin hallazgos relevantes, se realiza estudio ecográfico que confirma colelitiasis, sin otros hallazgos a nivel vesicular, exámenes de laboratorio preoperatorio sin alteraciones; ingresa para colecistectomía laparoscópica electiva. Con antecedentes quirúrgicos de tres cesáreas, sin antecedentes médicos ni familiares de neoplasia ni amiloidosis.

Posterior a resolución quirúrgica sin incidentes se decide alta con control en policlínico, donde se analiza informe anatomopatológico de biopsia de vesícula biliar que reporta: colecistitis crónica inespecífica, colesterosis vesicular, pólipo vesicular con extenso depósito de material eosinófilo amorfo, litiasis vesicular. Tinción rojo Congo positiva para amiloide. Por favorable evolución clínica postoperatoria se define alta quirúrgica, siendo derivada a Medicina Interna para continuar estudio y tratamiento.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La amiloidosis de vesícula biliar es extremadamente infrecuente, lo que resalta la importancia del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica y del control postoperatorio, con difícil sospecha preoperatoria en paciente sin antecedentes y con cuadro clínico de patología biliar concomitante, por esto es fundamental el control con el resultado de la biopsia, donde se realizó la tinción positiva de rojo

Congo para amiloide que refuerza el diagnóstico y demuestra la relevancia de utilizar técnicas específicas para su detección.

La amiloidosis de vesícula biliar a veces se diagnostica en etapas avanzadas, lo que puede afectar el pronóstico y opciones de tratamiento. La detección temprana es crucial para un manejo eficaz y para ofrecer a los pacientes mejores opciones terapéuticas. La confirmación histopatológica a través de la tinción de rojo Congo es fundamental y puede conducir a un diagnóstico preciso y, en última instancia, a una atención óptima hacia el paciente, para complementar su estudio con tomografía computada, estudio endoscópico y exámenes de laboratorio atingentes para continuar su manejo por medicina interna y ofrecer alternativas de tratamiento.

### **PALABRAS CLAVE**

Amiloidosis, Colecistitis, Vesícula biliar.

## Aneurisma gigante de la arteria esplénica, un hallazgo incidental: Presentación de un caso.

**Autores y tutores:** Salinas Castillo Masiel<sup>1</sup>, González Galleguillos Víctor<sup>1</sup>, Montecinos Bobadilla Marcela<sup>1</sup>, Reyes Guerra Javiera<sup>1</sup>, González Hurtado Daniela<sup>2</sup>

1. Interno de medicina, Universidad Católica del Maule, Talca.
2. Médico Cirujano, Cirugía Vascular y endovascular, Hospital Regional de Talca, Talca.

### **INTRODUCCIÓN**

Los aneurismas esplénicos son dilataciones saculares mayores a 1 cm de diámetro, con una incidencia entre el 0.06% y el 0.12%. La mayoría asintomáticos. Hasta un 30% de los aneurismas esplénicos pueden experimentar complicaciones, asociadas a una alta tasa de morbimortalidad.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Mujer de 69 años con antecedentes de gastropatía, se realizó Tomografía Axial Computarizada por historia familiar de cáncer gástrico. Se identificó un aneurisma sacular parcialmente trombosado en la arteria esplénica con dimensiones de 57mm x 43mm x 50mm. Ante hallazgo fue referida a cirugía vascular, con la paciente totalmente asintomática. Posterior a evaluación se decidió realizar una angiotomografía abdominal y pelvis donde se confirma hallazgo. Se le proporcionó información sobre los riesgos y beneficios de la cirugía, obteniendo su consentimiento informado. Se planificó cirugía luego de recibir dosis de vacunas respectivas. Finalmente se realizó la resección electiva del aneurisma esplénico más esplenectomía. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta para continuar su recuperación en domicilio, sin complicaciones.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El aneurisma esplénico reviste gran importancia debido a su potencial de ruptura y elevada tasa de mortalidad asociada. Las indicaciones quirúrgicas incluyen un diámetro superior a 2 cm, crecimiento rápido, presencia de síntomas o asociación con el embarazo. La elección del tratamiento es controversial, sin embargo, la cirugía abierta convencional es de elección en el caso de aneurismas esplénicos de gran tamaño.

El diagnóstico de aneurismas esplénicos a menudo se retrasa debido al alto nivel de sospecha, por lo que los estudios de imágenes son una herramienta

fundamental para ello. La cirugía desempeña un papel fundamental en la prevención de complicaciones, especialmente en aquellos casos en que los aneurismas son grandes o sintomáticos. La detección temprana y el enfoque adecuado en el manejo de esta condición son esenciales para mejorar los pronósticos de morbimortalidad en estos pacientes.

### **PALABRAS CLAVES**

Aneurisma, Arteria Esplénica, Cirugía.

## “Anticuerpos irregulares: Causa infrecuente de isoimmunización eritrocitaria feto-materna. A propósito de un caso”.

**Autores y tutores:** Alarcón Arancibia Perla<sup>1</sup>, Hernández Jara Natalia<sup>1</sup>, Junod Montanares José<sup>1</sup>, Salgado Herrera Janet<sup>1</sup>, Aravena Bravo Pablo<sup>1</sup>, Pinilla Peña Carolina<sup>2</sup>.

1. Interno de medicina. Universidad Mayor, Sede Temuco, Región de la Araucanía, Chile.
2. Ginecobstetra. Hospital Mauricio Heyermann, Angol, Región de la Araucanía, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

La isoimmunización eritrocitaria feto-materna (IEFM) es la presencia de anticuerpos maternos contra antígenos de los glóbulos rojos (GR) fetales. Sus principales causas son la incompatibilidad ABO e isoimmunización por RhD. Por otro lado, existen más de 50 antígenos distintos a RhD capaces de producir aloanticuerpos (no clásicos o irregulares), por ejemplo, el sistema Kell, Duffy, MNSS, Lewis y Kidd, los cuales podrían estar o no implicados en enfermedad hemolítica del feto y recién nacido (EHFRN). Los anticuerpos irregulares implicados con mayor frecuencia son los del sistema Kell, Rhc y RhE. Se observa en aproximadamente 1,5-2% de los embarazos. Puede presentarse como un cuadro subclínico hasta hidrops fetal y muerte intrauterina.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Previo consentimiento informado, se presenta paciente de 32 años, múltipara de dos, sin antecedentes morbidos, cursando embarazo de 17+5 semanas, Rh positivo. En controles en unidad de alto riesgo obstétrico (ARO) por test de coombs indirecto (TCI) positivo con titulación moderada-alta de anticuerpos. Con presencia de anticuerpos irregulares Lewis positivo 1/8. Examen obstétrico sin anomalías. Última ecografía de 16+5 semanas presenta peak sistólico de arteria cerebral media (ACM) normal. Actualmente sin necesidad de tratamiento por anemia fetal. Se mantendrá en vigilancia con ecografías de peak sistólico de ACM hasta el final del embarazo.

para realizar seguimiento de la aparición de anemia fetal midiendo de modo seriado el peak sistólico de la arteria cerebral media. Si se detecta anemia fetal, se debe planificar una cordocentesis para confirmar el diagnóstico y tratarla para evitar complicaciones como hidrops y muerte fetal.

### **PALABRAS CLAVES**

Anemia, Antígeno de Lewis, Eritroblastosis fetal.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La isoimmunización feto-materna por anticuerpos irregulares es poco frecuente. Para provocar hemólisis, el aloanticuerpo debe transportarse a través de la placenta. En este caso, la bibliografía reporta que los antígenos irregulares Lewis no suelen tener implicancia clínica al ser en su mayoría IgM, sin embargo, es importante conocer esta patología e identificar el tipo de anticuerpo en toda paciente Rh positivo con TCI positivo porque podría tratarse de uno que podría estar relacionado con EHFRN. Además, existen diferencias entre el comportamiento de los distintos sistemas que hacen importante un manejo diferencial. Se recomienda derivar a ARO

## Artritis séptica neonatal por *Staphylococcus aureus*: reporte de un caso.

**Autores y tutores:** Zwick Martínez Anya<sup>1</sup>, Aravena Gómez Matías<sup>1</sup>, Bórquez Melo Joaquín<sup>2</sup>, Suárez Vargas Matías<sup>2</sup>, Abarzua Loyola Alejandro<sup>3</sup>.

1. Interna/o de medicina Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile
2. Interno de medicina Universidad Mayor, Temuco, Chile
3. Médico Pediatra Universidad de Chile, Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres, Angol, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

Las infecciones osteoarticulares (IO) involucran tanto huesos como articulaciones y pueden manifestarse clínicamente como osteomielitis aguda, artritis séptica (AS) u osteoartritis (OA). En el periodo neonatal son infrecuentes, con una incidencia de 10-25 cada 100.000 anualmente. El *Staphylococcus Aureus* es el patógeno más frecuente en todos los rangos etarios. Clínicamente se describe rechazo alimentario, irritabilidad, posturas anómalas y tendencia a no movilizar la articulación afectada. Estas patologías requieren un alto nivel de sospecha y tratamiento oportuno debido a las posibles complicaciones que conllevan. Pueden debutar o evolucionar hacia una sepsis.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Recién nacida de pretérmino de 34 semanas adecuada para la edad gestacional, nace por cesárea de urgencia debido a cuadro materno de preeclampsia severa, APGAR 7-8-9. Es hospitalizada por cuadro de distrés respiratorio y a los 14 días de vida evoluciona con disminución de la movilidad y llanto a la palpación de la extremidad superior izquierda, acompañado de un alza térmica a 37.9°C. Parámetros inflamatorios elevados (GB 14300, PMN 63%, PCR 107.2 y procalcitonina 0.84), punción lumbar con citoquímico sin alteraciones y orina completa no inflamatoria. Ante sospecha de sepsis de origen osteoarticular, se obtienen hemocultivos y se inicia tratamiento empírico triasociado con ampicilina, cloxacilina y amikacina. Ecografía de hombro izquierdo confirma diagnóstico de artritis séptica y se maneja quirúrgicamente, realizando punción y drenaje de articulación glenohumeral con salida de abundante líquido purulento. En rescate de resultados destacan hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus*, cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo y urocultivo negativo, por lo que se mantiene tratamiento con cloxacilina. Al obtener hemocultivo de control negativo se completan 21 días de tratamiento antibiótico. Paciente evoluciona favorablemente con parámetros inflamatorios bajos,

recuperación de la movilidad de la extremidad, afebril, en condiciones de alta a domicilio con indicación de completar 7 días de tratamiento vía oral con cefadroxilo.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Una de las principales limitantes que se presentaron a la hora de estudiar este caso recae en la escasa cantidad de estudios recientes y en la ausencia de metaanálisis específicos, tanto chilenos como extranjeros, para la edad neonatal. La ubicación de la infección es poco común, ya que la artritis séptica se describe típicamente en extremidades inferiores y en estudios chilenos menos del 2% se han diagnosticado en hombro. El tener una alta sospecha y reconocer la existencia de estos casos es fundamental para un tratamiento precoz. Entender a la artritis séptica como una urgencia impedirá secuelas en pacientes cuya vida recién comienza.

### **PALABRAS CLAVES**

Artritis séptica, Neonato, *Staphylococcus aureus*

## “Aspergiloma en inmunocompetente: a propósito de un caso.”

**Autores y tutores:** Curriel Dossow Cristobál<sup>1</sup>, Saldaña Castillo Alejandro<sup>1</sup>, Cifuentes González Benjamín<sup>1</sup>, Becerra Castillo Valentina<sup>1</sup>, Montalbán Gutiérrez Leonardo<sup>1</sup>, Aliaga Campos Braulio<sup>2</sup>

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Chile
2. Médico general, Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro

### **INTRODUCCIÓN**

El hongo *Aspergillus* spp causa infecciones oportunistas generalmente en huéspedes inmunocomprometidos, éste cursa con una variedad de patologías pulmonares, tales como aspergilosis invasiva, aspergilosis pulmonar necrótica crónica, aspergiloma, entre otros. La patología asociada en pacientes inmunocompetentes es el aspergiloma. Este hongo forma una pelota fúngica en el pulmón llamada Aspergiloma la cual está compuesta por hifas, fibrina, moco y restos celulares.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 22 años con antecedentes de sepsis de foco pulmonar y absceso pulmonares sin agente causal aparente en los estudios descartándose VIH, TBC, hidatidosis y aspergiloma, tratado con ampicilina/sulbactam por 28 días con buena respuesta. Dos meses después vuelve a consultar por tos productiva, estrías sanguinolentas y fiebre de 38,5° donde se le realiza estudio de imágenes (TAC de tórax) donde destaca extensa neumonía necrotizante con una cavidad por lo que se trata con antibióticos empíricos con ceftriaxona/metronidazol. Tras la realización de lavado broncoalveolar se rescata resultado positivo para galactomanano. Se realiza nueva imagen 1 mes después en donde destaca una cavitación en lóbulo inferior izquierdo con contenido sugerente a aspergiloma por lo que se decide iniciar tratamiento con voriconazol.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Pensar en Aspergilosis no debe ser considerado dentro de las premisas diagnósticas, ni menos en pacientes inmunocompetentes. Para poder llegar a la confirmación diagnóstica es necesario múltiples estudios tanto de laboratorio como imágenes. Sin embargo, en el contexto del paciente, había estado hospitalizado por una Sepsis de foco pulmonar con absceso, que posteriormente se colonizó con un *Aspergillus* y formó el aspergiloma; cuya forma de

presentación es más probable en pacientes inmunocompetentes.

La aspergilosis se presenta principalmente en inmunosuprimidos y tiene múltiples formas de presentación clínica. Sin embargo, la presentación en inmunocompetente debe considerarse en contexto de daño pulmonar previa y estar dentro de los estudios en pacientes con reingresos por cuadros pulmonares.

### **PALABRAS CLAVES**

Aspergiloma, Cavitación, Pulmón

## “Aspergilosis pulmonar como sobreinfección en una paciente con neumonía por influenza y *Staphylococcus aureus* meticilino sensible”

**Autores y tutores:** Vergara Rodríguez Vanessa<sup>1</sup>, Muñoz Cofré Javier<sup>1</sup>, González Riquelme Felipe<sup>2</sup>, Chaaban Díaz Amany<sup>1</sup>, Gallardo Hola Martín<sup>1</sup>, Eltit Sabureau Michelle<sup>3</sup>

1. Interno de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile
2. Interno de Medicina Universidad de los Andes, Santiago de Chile
3. Médico cirujano CESFAM Granja Sur, Santiago de Chile

### **INTRODUCCIÓN**

La aspergilosis invasora es una infección oportunista causada por *Aspergillus* spp que compromete diferentes órganos, principalmente vía aérea superior e inferior. Se presenta generalmente en pacientes inmunosuprimidos, con ventilación mecánica en servicios de medicina intensiva y en el último tiempo se ha evidenciado una asociación con infecciones por influenza grave con falla respiratoria. Es importante debido a que es una patología con elevada mortalidad y de difícil diagnóstico si no se tiene una alta sospecha clínica.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 69 años con antecedentes de Diabetes Mellitus 2 (DM2) con mal control metabólico. Consulta en el servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución de disnea, tos con expectoración mucopurulenta y fiebre. Ingresa taquicárdica, afebril, taquipneica, saturando 93% ambiental. Al examen físico destaca crepitaciones bibasales y uso de musculatura accesoria. En el laboratorio con leucocitos 14.700, PCR 273 mg/L, SARS-CoV2 (-), Influenza A (+), cultivo de secreción bronquial (+) *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. Se solicita una tomografía axial computarizada de tórax que evidencia focos de condensación de predominio bibasal. Se inicia manejo de sepsis, evolucionando tórpidamente con mala mecánica ventilatoria, requiriendo intubación orotraqueal. Se solicita nueva imagen de control que informa signos de neumonía cavitada necrotizante, sin tromboembolismo pulmonar. Se realiza lavado broncoalveolar (LBA) positivo para *Aspergillus Niger*, con curva de galactomanano positiva. Finalmente, completa tratamiento con Voriconazol con buena respuesta clínica e imagenológica.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La aspergilosis invasora no cuenta con una clínica específica ni imagen patognomónica. En el estudio imagenológico se pueden observar nódulos únicos o

múltiples con o sin cavitación, hallazgos presentes en otras patologías. En el caso descrito, inicialmente presenta 2 microorganismos aislados compatibles con los hallazgos imagenológicos, sin embargo, por la evolución tórpida a pesar del manejo adecuado, se sospecha la presencia de otro microorganismo. Por este motivo es importante la sospecha oportuna de la infección por *Aspergillus* como diagnóstico diferencial de neumonía necrotizante, principalmente en pacientes inmunosuprimidos, neumonías con evolución tórpida o con ventilación mecánica en unidades de cuidado intensivo.

### **PALABRAS CLAVES**

Aspergilosis, Cavitación, Neumonía necrotizante

## “Atresia de vías biliares, a propósito de un caso.”

**Autores y tutores:** Cohen Chible León<sup>1</sup>, Arroyo Flores Loreto<sup>1</sup>, Berríos Oyarzo Javier<sup>1</sup>, Vallejos Castillo Fernanda<sup>1</sup>, Vásquez Escobar Marcelo<sup>1</sup>, Obando Pineda Gary<sup>2</sup>, Álvarez Muñoz Teresa<sup>3</sup>

1. Interno/a Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Médico Especialista en Pediatría, Universidad Mayor, Victoria, Chile.
3. Médico-Cirujano, Universidad Mayor, Victoria, Chile.

### **INTRODUCCIÓN:**

La atresia de vías biliares (avb) se define como un proceso obstructivo y progresivo que afecta las vías biliares intra y/o extrahepáticas en recién nacidos y lactantes pequeños, generando ictericia colestásica grave. Es una enfermedad poco frecuente de etiología desconocida, con mayor incidencia en países asiáticos. clínicamente se expresa por ictericia, acolia, coluria y hepatoesplenomegalia, asociado a signos de hipertensión portal o insuficiencia hepática progresiva según el estadio de la enfermedad. si no se diagnostica y trata quirúrgicamente de manera precoz tiene un curso progresivo hacia la cirrosis hepática, requiriendo trasplante hepático y disminuyendo la sobrevida a los dos años de edad.

### **PRESENTACIÓN DE CASO:**

Lactante menor sin antecedentes, consulta en urgencias por cuadro de 7 días de evolución de ictericia en cara y mucosas con acolia, sin otros síntomas asociados. En los exámenes destaca bilirrubina total elevada de predominio directo y aumento de transaminasas. Se hospitaliza para estudio etiológico con serología viral negativa, rpr y vdrl n/r. ecografía abdominal describe un hígado de tamaño y ecogenicidad conservada, no se identifican lesiones focales, vesícula biliar poco distendida, de pared fina, sin cálculos en su interior, vía biliar identificar vía biliar intrahepática, vía biliar extrahepática impresiona de calibre normal, sin factor obstructivo, vesícula colapsada, parcialmente distinguible. impresión diagnóstica atresia de vías biliares. Se deriva oportunamente a un centro de resolución quirúrgica y se realiza una portoenterostomía de Kasai, sin incidentes postoperatorios. fina. se solicitó evaluación por equipo de cirugía infantil, quienes solicitan colangioresonancia, que informa cambios

morfológicos de daño hepático crónico, sin lesiones focales evidentes, no se logra

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

En la práctica médica es de vital importancia referir precozmente al lactante icterico o con colestasis con sospecha de atresia de vías biliares a un centro especializado, ya que el tratamiento quirúrgico antes de los 60 días de vida se relaciona directamente con un mejor resultado, al obtenerse un mayor drenaje biliar postoperatorio. Cuanto mayor sea el paciente al momento de la cirugía, la probabilidad de que sobreviva a largo plazo sin necesidad de un trasplante hepático es menor.

### **PALABRAS CLAVES**

Atresia de vías biliares; colestasis del lactante; portoenterostomía de Kasai.

## “Atresia duodenal como diagnóstico diferencial en lactante vomitador, a propósito de un caso”

**Autores y Tutores:** Álvarez Guajardo Camila<sup>1</sup>, Rebolledo Castillo Johanna<sup>1</sup>, Hernández Valderrama Lucas, Zúñiga Sepúlveda Paz<sup>1</sup>, Valenzuela Carvallo Valentina<sup>1</sup>, Schnettler Rodríguez David<sup>2</sup>

1. Estudiante de medicina, Universidad Católica del Maule
2. Médico Cirujano, Cirujano Pediátrico

### **INTRODUCCIÓN**

La atresia duodenal (AD) corresponde a un defecto congénito que consiste en la obliteración del lumen duodenal. Tiene una incidencia de 1 cada 10.000 recién nacidos (RN) vivos, sin diferencias en sexo, tiene relación directa con prematuridad, bajo peso al nacer, polihidramnios y en un 30% de los casos se asocia a cromosomopatía, siendo la más frecuente Síndrome de Down (SD). Corresponde a una de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en el RN.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

RN prematuro tardío con antecedente de SD, desde el nacimiento con cuadro de vómitos biliosos a repetición asociado a marcada distensión abdominal, alimentándose vía sonda nasogástrica con salida de residuos biliosos persistentes. Ecografía abdominal normal, por lo que se decide realizar examen imagenológico de tránsito intestinal el cual reporta dilatación de la primera y segunda porción del duodeno, con mínimo paso de contraste hacia distal, por lo que se diagnostica AD. A los 15 días de vida es evaluado por equipo de cirugía pediátrica quien realiza duodeno-duodeno anastomosis (DDA), sin complicaciones. Postoperatorio favorable, quedando en seguimiento ambulatorio.

### **DISCUSION Y CONCLUSION**

La AD es una patología que puede presentarse con hallazgos sospechosos en la ecografía prenatal o síntomas clínicos después del nacimiento. El signo de la “doble burbuja” formada por el duodeno proximal dilatado y el estómago es sugerente de AD, sin embargo, no siempre es precisa, y se deben realizar radiografías y exámenes de contraste después del nacimiento para confirmar el diagnóstico. El tratamiento de la AD siempre es quirúrgico, el mejor y más seguro procedimiento es una DDA.

El pronóstico de esta patología en general es bueno, la atención multidisciplinaria y el enfoque quirúrgico temprano son fundamentales para el

manejo exitoso. La evaluación prenatal y el diagnóstico temprano permitieron una derivación rápida a cirugía, lo cual fue crucial para evitar complicaciones potencialmente mortales y mejorar la calidad de vida del paciente. Este caso destaca la importancia de una atención integral y personalizada en el manejo de los RN con SD y malformaciones congénitas asociadas, lo que puede mejorar los resultados a largo plazo.

### **PALABRAS CLAVES**

Atresia intestinal-Obstrucción duodenal- Síndrome de Down

## “Bolsa de orina púrpura como manifestación de infección del tracto urinario: reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Torres Jara Sofía<sup>1</sup>, Mäser Paredes Sofía<sup>2</sup>, Rojas Roa Javiera<sup>3</sup>, Guzmán González Montserrat<sup>3</sup>, Núñez Aránguiz Tamara<sup>3</sup>, Becerra Carrasco Camila<sup>4</sup>

1. Interna de Medicina, Universidad Mayor de Temuco.
2. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
3. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor de Temuco.
4. Médico cirujano, Hospital de Galvarino.

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de la bolsa de orina púrpura (PUBS) es una entidad causada por una reacción química que surge por el contacto entre la orina, el cloruro de polivinilo (PVC) de la bolsa recolectora y la acción de bacterias productoras de sulfatasas y fosfatasas en orina. Es una presentación inusual de infección del tracto urinario (ITU) o bacteriuria asintomática.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 78 años, con antecedentes de diabetes mellitus, usuario de sonda Foley e ITU a repetición. Acude a urgencias por disuria y cambio de coloración de orina. Sin alteraciones en el examen físico, sólo destaca coloración púrpura intensa de sonda y bolsa recolectora. Se toman exámenes generales, examen de orina, urocultivo y se realiza cambio de sonda. En los resultados destaca orina inflamatoria. Se inicia tratamiento antibiótico empírico para ITU con Cotrimoxazol. Se revisa urocultivo con desarrollo de *Proteus Vulgars* multisensible, completando 7 días de tratamiento, manteniéndose bolsa recolectora sin cambios de color y asintomático.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El PUBS tiene una prevalencia de 8-16% en pacientes con uso de catéter urinario permanente. En sus factores de riesgo destacan edad avanzada, postración, catéter urinario permanente y constipación. En su patogenia, el triptófano de la dieta es metabolizado por bacterias intestinales y conjugado a nivel hepático convirtiéndose en indoxyl-sulfato. Al interactuar con enzimas de proteobacterias en el tracto urinario producen indirrubina (rojo) e índigo (azul), que en contacto con ambiente alcalino y PVC toma el color púrpura característico. Importante destacar que se pigmenta la bolsa y no la orina. Para el diagnóstico no son necesarios estudios complementarios. Considerar en

diferenciales el consumo de alimentos o medicamentos que cambian la coloración de la orina. Esta entidad es una manifestación llamativa que debemos considerar como manifestación de ITU. Al ser una condición benigna revierte con tratamiento de la infección coexistente o cambio pertinente de la sonda. Es una entidad de baja incidencia, pero su desconocimiento puede llevar a preocupación y a un exceso de toma de exámenes por parte del tratante.

### **PALABRAS CLAVES**

Catéteres urinarios, Cloruro de polivinilo, ITU.

## “Causas atípicas de enfermedad renal, nefritis lúpica en hombre de 70 años”

**Autores y tutores:** Sapunar Schneider Raimundo<sup>1</sup>, Zamponi Bachmann Camila<sup>1</sup>, Astaburuaga Latorre María<sup>1</sup>, Huenchullán Aguilera Nicolas<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Chile
2. Médico general, Hospital San José de Victoria

### **INTRODUCCIÓN:**

El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno multisistémico mediado por el sistema inmunológico. Alrededor del 90% son mujeres y el 75% tiene un inicio entre 16 y 55 años. Se ha sugerido que los pacientes con LES de aparición tardía tienen un inicio más agudo y manifestaciones clínicas menos definidas.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Paciente de sexo masculino de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada, enfermedad renal crónica de larga data en estudio etiológico, destacando ANA (+) 1/80 perfil ENA normal. Consulta en policlínico de medicina interna por anasarca de 2 días de evolución, con disnea de esfuerzo y deterioro de su función renal, por lo que fue derivado al servicio de urgencia para hospitalización y estudio. Durante la hospitalización se indica terapia depletiva, con la que mejoran la disnea y parcialmente la función renal. Entre los exámenes destacan ANA 1:80 con patrón nuclear positivo y Anti-DNA 1:160, encontrándose derrame pleural en el TC de tórax, riñones de tamaño normal en ecografía reno-vesical y en la analítica bioquímica leucopenia moderada y proteinuria de 24h de 8.9 g. Al aplicar los criterios EULAR/ACR, con una puntuación de 18 puntos, se diagnosticó lupus eritematoso sistémico. Debido a limitaciones de nuestro centro, no se pudo realizar estudio histológico por biopsia renal, por lo que se inició tratamiento con altas dosis de corticoides, hidroxiclороquina y micofenolato, mejorando notablemente la función renal, pero aun sin llegar a su basal. Finalmente, en reunión con especialistas del HSJV se decidió administrar pulsos de rituximab, completando 2 ciclos, posteriores a los que la

función renal mejoró paulatinamente, superando el basal y normalizando los niveles de creatinina plasmática.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

Es fundamental enfocarse en la evaluación etiología de la enfermedad renal crónica en hombres mayores de 50 años, a pesar de su rara presentación, mediante la realización de estudios inmunológicos. A pesar de que otros diagnósticos diferenciales son indudablemente más frecuentes, como la nefropatía diabética, es imperativo considerar otras causas, con el fin de garantizar un enfoque terapéutico oportuno que pueda llevar a una recuperación total.

### **PALABRAS CLAVES**

Enfermedad renal crónica, Masculino, Lupus eritematoso sistémico.

## “Consideraciones en el enfrentamiento de la Cistitis Enfisematosa: Reporte de Caso”

**Autores y tutores:** Labrin Fernandez Constanza<sup>1</sup>, Leyton García Martín<sup>1</sup>, Del Valle Retamal Antonia<sup>1</sup>, Canales Iturriaga Samuel<sup>1</sup>, Domenech Avila Maite<sup>1</sup>, Bezama Fuentes Ignacio<sup>2</sup>

1. Estudiante de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Médico General, Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile

### **INTRODUCCIÓN**

La cistitis enfisematosa (CE) corresponde a una infección urinaria (ITU) poco frecuente caracterizada por la presencia de gas en las paredes y lumen de la vejiga, causado por la fermentación bacteriana de glucosa y lactato. Los principales agentes causales son E Coli (60%) y Klebsiella pneumoniae (20%)<sup>1</sup>. Dado el aumento de casos reportados asociado a mayor disponibilidad imagenológica<sup>1, 2</sup>, cobra importancia enfatizar consideraciones en el enfrentamiento de la CE.

### **PRESENTACION DE CASO**

Sexo masculino, 72 años, antecedentes de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna, enfermedad renal crónica, ITU a repetición y litiasis renal. Consulta por cuadro de 1 semana de síntomas urinarios bajos, debilidad generalizada y palidez, en tratamiento con Cotrimoxazol iniciado en ambulatorio. Del estudio de ingreso destacan: Creatinina 13.4, BUN 203, PCR 4.00, Hemoglobina 5.7, Leucocitos 14.100, Plaquetas 312000. Orina: leucocitos +++, bacterias abundantes; urocultivo (+) Klebsiella pneumoniae. Tomografía contrastada compatible con cistitis enfisematosa, múltiples litiasis vesicales e hidroureteronefrosis bilateral. Ingresos con mal control metabólico, luego establecieron esquema correccional. Se instala sonda foley y se ajusta esquema a Ceftriaxona endovenosa por 21 días, con buena respuesta. Se decide resolución quirúrgica de cistolitiasis en diferido por falta de insumos.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Dado lo infrecuente de esta condición, en este caso fue fundamental tener presentes los factores de riesgo (FR), tales como DM, vejiga neurogénica, ITU crónicas, entre otros<sup>1</sup>. En cuanto a la aproximación diagnóstica es clave la realización de exámenes radiológicos, siendo el TAC de abdomen una buena alternativa con alta sensibilidad<sup>1y3</sup>. Los principales elementos que considerar en el manejo óptimo de CE corresponden a un drenaje vesical adecuado,

antibióticos endovenosos de amplio espectro y un estricto control glicémico; estrategias que fueron aplicadas en el caso presentado. Algunos casos pueden requerir intervención quirúrgica<sup>3</sup>. La importancia del adecuado manejo radica en evitar mayores complicaciones como sepsis y pielonefritis enfisematosas, lo que aumenta la mortalidad hasta en un 20%<sup>1,2,1</sup>. En conclusión, la CE es una patología infrecuente, que se debe sospechar ante FR característicos, permitiendo un adecuado diagnóstico (imagenológico) y manejo, evitando complicaciones y mortalidad.

### **PALABRAS CLAVE**

Cistitis, Enfisema, Infecciones urinarias

## Crisis de Addison, una situación mortal. Revisión bibliográfica en relación a un caso clínico

**Autores y tutores:** Cabrera Artal Maximiliano<sup>1</sup>, Juri Yamal Diego<sup>2</sup>, Barroso Yavar Pía<sup>2</sup>, Gatica Petrowitsch Alonso<sup>2</sup>, Berwart Ramírez Felipe<sup>1</sup>, Mancilla Carcamo Heriberto<sup>3</sup>

1. Interno de Medicina VII año, Universidad de los Andes
2. Interno de Medicina VII año, Universidad Mayor Santiago
3. Médico Cirujano, Hospital FACH

### **INTRODUCCIÓN**

La crisis addisoniana es una emergencia endocrinológica potencialmente fatal que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno. Se presenta en pacientes con enfermedad de Addison conocida o no diagnosticada previamente, cuando existe una deficiencia absoluta o relativa de glucocorticoides. Los pacientes con enfermedad de Addison tienen un riesgo anual de crisis de 5-7%. La mortalidad de los episodios de crisis varía entre el 0-48% en diferentes series.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se presenta un caso clínico de una paciente con antecedentes de Enfermedad de Addison, quien ingresa al servicio de urgencia por cuadro de astenia sostenida, dolor abdominal, deposiciones diarreicas, agregado a oliguria y sensación febril. Antecedentes de cese del uso de sus fármacos de uso habitual desde hace aproximadamente dos semanas.

Al examen físico se aprecia somnolienta y una marcada hiperpigmentación generalizada. En los paraclínicos destaca PA de 97/85 mmHg, HGT: 60 mg/dL, Na: 125 Crea: 1.33 BUN: 24 PCR: 4,54 T4L: 0,97 pH: 7.28. Por lo que se maneja con Suero glucosado 5% 1250 e Hidrocortisona 100 mg ev en bolo e ingresa a UTI

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En condiciones basales, la corteza adrenal produce cortisol, mineralocorticoides y andrógenos. En la enfermedad de Addison, la destrucción del 90% de la corteza adrenal lleva a esta insuficiencia. Los precipitantes más frecuentes de la crisis son infecciones, cirugías, vómitos y diarreas. El estrés activa el eje hipotálamo-hipofisario, aumentando la demanda de glucocorticoides. Si la reserva adrenal está comprometida, se precipita una crisis por insuficiencia absoluta de glucocorticoides.

Esta revisión destaca la importancia de sospechar oportunamente esta patología en el Servicio de Urgencias, dado su alto riesgo de morbimortalidad. El pilar del tratamiento es la reposición glucocorticoides y manejo de las alteraciones hidroelectrolíticas asociadas.

Si bien se han propuesto scores para estratificar el riesgo, el diagnóstico sigue siendo fundamentalmente clínico. Se requiere reforzar la educación a pacientes con enfermedad de Addison conocida respecto a prevención de crisis ante situaciones de estrés fisiológico. Protocolos institucionales para el abordaje de la crisis addisoniana en urgencias podrían contribuir a estandarizar y mejorar el manejo de este cuadro potencialmente fatal.

### **PALABRAS CLAVES**

Enfermedad de Addison, Hiponatremia, Insuficiencia suprarrenal primaria.

## “Debut de leucemia aguda en una paciente hospitalizada por hemorragia digestiva alta. A propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Pérez Carrillo Thomas<sup>1</sup>, San Martín Mella Marco<sup>1</sup>, Monsalve Arcos Sebastián<sup>1</sup>, Gäbler Núñez Matthias<sup>1</sup>, Saavedra Miranda Lucas<sup>1</sup>, Cevallos Duque David<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
2. Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital las Higueras de Talcahuano, Talcahuano.

### **INTRODUCCIÓN:**

Las leucemias se definen como una afección maligna que produce un exceso de leucocitos inmaduros o anormales, lo que produce consecuentemente una disminución de las líneas sanguíneas normales, pudiendo desarrollar síntomas relacionado a citopenias. Dentro de estas entidades, encontramos las leucemias agudas (LA), divididas en leucemia mieloide aguda (LMA) y leucemia linfoblástica aguda (LLA). Ambas pueden dar citopenias, incluido leucopenia (a diferencias de las leucemias crónicas) y generalmente asociadas a blastos en sangre. Mencionar, además, que la LMA es más común en adultos mayores, mientras que en población pediátrica y adultos jóvenes es más común la LLA.

### **PRESENTACIÓN DE CASO:**

Paciente femenina de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, enfermedad renal crónica etapa 3b, insuficiencia cardiaca congestiva, se presenta el 04 de mayo de 2023 a servicio de urgencias del Hospital Guillermo Grant Benavente por cuadro de lipotimia y hematemesis, asociado a melena de 1 mes de evolución. Se encontraba en Glasgow 14, muy pálida, sin requerimientos de oxígeno, taquicárdica. A los exámenes destaca hemoglobina de 3 g/dl y VHS 50. Se transfunden 3 UI de glóbulos rojos y se hospitaliza con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (HDA) en estudio. Durante hospitalización se pesquisa pancitopenia asociado a blastos en un 24%, por lo cual se desestima el estudio con endoscopia y se estudia con sospecha de LA. El Servicio de Hematología, de acuerdo con sospecha diagnóstica, descarta posibilidad de terapia curativa, por lo que se indica cuidados paliativos, con pronóstico de vida acotado. Se da de alta con plan de cuidados paliativos domiciliarios + soporte transfusional según necesidad.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

Está documentado por sociedades médicas que las leucemias, a consecuencia directa del efecto de eventuales citopenias, pueden producir cuadros como infecciones, hemorragias, síndrome anémico,

entre otras entidades. El caso presentado evidencia como una leucemia aguda puede manifestarse como HDA, destacando la importancia de tener siempre en cuenta los distintos diagnósticos diferenciales como posible causa de un cuadro clínico que no se tiene certeza aún de la entidad nosológica que lo está causando. Exámenes básicos pueden guiar el proceso diagnóstico, como evidenciamos en esta ocasión.

### **PALABRAS CLAVE:**

Hemorragia digestiva alta, Leucemia aguda, Pancitopenia.

## “Debut de púrpura trombocitopénico inmune de difícil manejo durante la gestación, reporte de un caso”

**Autores y Tutores:** Zambrano Migueles Rocío<sup>1</sup>, Labraña Rosales Sofía<sup>1</sup>, Vásquez Vergara Diego<sup>1</sup>, Pezo Garcés Romina<sup>1</sup>, Vuscovic Rojas Ximena<sup>2</sup>, Labraña Labraña Ricardo<sup>3</sup>

1. Interno/a de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
2. Estudiante de medicina, Universidad San Sebastián, Santiago
3. Médico Ginecólogo, Universidad de Concepción

### **INTRODUCCIÓN:**

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) en el embarazo es una condición poco frecuente que puede presentarse en cualquier momento de la gestación, alcanzando una prevalencia de 1 por cada 10.000 embarazos, donde < 1% presentan plaquetas < 50.000. Es importante rescatar antecedentes personales como lupus u otras enfermedades autoinmunes, patologías o complicaciones del embarazo, infecciones recientes, fármacos nuevos, antecedentes familiares de relevancia. Clínicamente se manifiesta por presencia de petequias generalizadas y signos de sangrado como gingivorragia, epistaxis, hematuria, entre otros. La causa del PTI, radica en la existencia de anticuerpos contra glicoproteínas presentes en la membrana plaquetaria.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Femenina, 31 años, primigesta de 31 semanas con trombocitopenia gestacional (TG), sin otros antecedentes. Consultó en CESFAM por 2 días de gingivorragia y metrorragia escasa, siendo derivada al servicio de urgencias de su hospital base. Ingresó en buenas condiciones generales, destacando petequias generalizadas, examen obstétrico normal. Especuloscopia sin hallazgos. Hemograma en urgencias: 3.000 plaquetas, se realizó transfusión plaquetaria, con incremento posterior a 12.000. Dada trombocitopenia severa y alto riesgo obstétrico se hospitaliza en UCI, con inicio de maduración fetal y pulsos de metilprednisolona, plaquetas de control: 27.000, asintomática. Se trasladó a UTI con control hemograma diario y se inició el trombotopag, sin respuesta, comenzando manejo con inmunoglobulinas. A las 36 semanas evolucionó con dolor abdominal, vómitos y taquicardia, dinámica uterina y bienestar fetal constatados. Se realizó interrupción vía cesárea, previa transfusión plaquetaria, con hallazgo de desprendimiento placentario. Paciente evolucionó favorablemente, sin nuevos episodios de sangrado, egresó luego de 45 días con plaquetas al alta en 59.000. Se indican controles ambulatorios con hematología y tratamiento con prednisona oral. Biopsia de médula

ósea: hiperplasia de la serie megacariocítica, en posible contexto de PTI.

### **DISCUSION Y CONCLUSION:**

Es importante realizar el diagnóstico diferencial entre la TG y PTI. Esta última implica posibles complicaciones materno-fetales, siendo necesario un control adecuado durante el embarazo y eventual necesidad de tratamiento. Se debe tener en cuenta otras entidades graves como síndrome de HELLP. La recurrencia de PTI en un nuevo embarazo es baja, se recomienda controlar con hemogramas seriados, sin necesitar tratamiento profiláctico.

### **PALABRAS CLAVES:**

Trombocitopenia - Embarazo - púrpura trombocitopénica idiopática

## “Diagnóstico diferencial de parálisis flácida en pediatría a propósito de un caso”

**Autores y Tutores:** Cabrera Artal Maximiliano<sup>1</sup>, Barroso Yavar Pía<sup>2</sup>, Nazzal Figueroa Sebastián<sup>2</sup>, Juri Yamal Diego<sup>2</sup>, Berwart Ramírez Felipe<sup>1</sup>, Mancilla Cárcamo Heriberto<sup>3</sup>

1. Interno de Medicina VII año, Universidad de los Andes
2. Interno de Medicina VII año, Universidad Mayor Santiago
3. Médico Cirujano, Hospital Clínico FACH

### **INTRODUCCIÓN**

En la edad pediátrica, las parálisis flácidas agudas presentan una manifestación clínica de pérdida de función motora repentina, con un amplio abanico de posibles causas. Establecer un diagnóstico preciso es esencial para guiar el manejo adecuado, y en este contexto, la mielitis transversa es una afección relevante que considerar.

### **PRESENTACIÓN DE CASO:**

Paciente adolescente de 14 años, previamente sana, que experimentó dolor dorsal intenso seguido de paresia de extremidades inferiores y retención urinaria. Contaba con antecedente de vacunación hace un mes contra dTP acelular. Se realizó resonancia magnética de médula espinal donde destaca mielopatía de predominio anterior y central en segmento T3 – T6, iniciando así bolos de metilprednisolona. Cabe destacar líquido de LCR no inflamatorio.

### **DISCUSION Y CONCLUSION:**

La mielitis transversa es una inflamación de la médula espinal que puede dar lugar a una variedad de síntomas, incluyendo paraplejía o tetraplejía flácida aguda. Su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, análisis del líquido cefalorraquídeo y resultados de imágenes. En este caso, los hallazgos imagenológicos son coherentes con mielitis transversa.

El tratamiento de la mielitis transversa implica el uso de metilprednisolona en

pulsos, y algunos subtipos pueden beneficiarse de la inmunoglobulina intravenosa. En este caso, la paciente respondió favorablemente a la terapia con metilprednisolona.

Este caso subraya la importancia de considerar la mielitis transversa en el diagnóstico diferencial de parálisis flácida aguda en pacientes pediátricos, especialmente en aquellos con un cuadro clínico que involucra dolor dorsal intenso y progresión rápida de la debilidad.

El reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno son esenciales para prevenir discapacidades a largo plazo. Además, se destaca la relevancia de considerar etiologías inmunomediadas en el diagnóstico diferencial, resaltando la complejidad de estos casos y la necesidad de una evaluación exhaustiva en el abordaje de las parálisis flácidas agudas en pacientes pediátricos.

### **PALABRAS CLAVES:**

Dorsalgia, mielitis transversa, parálisis flácida aguda

## **Disección aórtica en embarazo, un desafío clínico**

**Autores y tutores:** Erazo Rojo Makarena<sup>1</sup>, Rojas Julio Valentina<sup>1</sup>, Villalón Friedrich Fernando<sup>1</sup>, Quiroz Flores Manuel<sup>2</sup>.

1. Interno (a) de Medicina, Universidad de Antofagasta.
2. Cirujano Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta.

### **INTRODUCCIÓN**

La disección aórtica es un desgarro hacia distal de la pared endovascular. Durante el embarazo es raro pero letal. Su incidencia es de 5,5 casos por millón y suele ocurrir durante el tercer trimestre de embarazo o el postparto temprano. Generalmente se desarrolla ante trastornos del tejido conectivo asociados con anomalías de la pared aórtica.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Secundigesta de 37+ 3 semanas, de 32 años, sin antecedentes, consulta en urgencias por dolor torácico intenso de 1 día, opresivo, irradiado a dorso, sin hallazgos al examen físico. Dado esto, más un dímero D mayor 4000 ng /mL, se realiza un Angiotomografía computarizada que informa: Disección aórtica distal extendida hasta la aorta abdominal. Posteriormente, se realiza TAC Tórax abdomen y pelvis, que demostró extensa disección aórtica toracoabdominal sin extravasación de contraste. Se diagnostica disección aórtica Stanford A, y se decide interrupción del embarazo y evaluación por cardiocirugía, donde se realizó una cesárea de emergencia sin incidentes y reemplazo de aorta ascendente con prótesis de Dacron.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La disección aórtica en el embarazo es una patología poco común y mortal. La clasificación de Stanford divide las disecciones en dos subtipos: tipo A que involucran la aorta ascendente, que es más frecuente en el parto, y tipo B que involucra solamente la aorta descendente, más frecuente en el post parto.

Los principales factores de riesgo son el embarazo y trastornos del tejido conectivo como los presentes en síndrome de Marfan y enfermedad de la válvula aórtica bicúspide.

La ecocardiografía, tomografía computarizada y resonancia magnética son utilizadas para el diagnóstico y para el diferencial principal que corresponde al tromboembolismo pulmonar; principal hipótesis diagnóstica en este caso.

El tratamiento depende del tipo de disección, recomendándose cirugía de emergencia para disecciones tipo A y terapia conservadora para las tipo B. La continuidad del embarazo depende de la edad gestacional, siendo la interrupción de este la elección después de las 32 semanas.

En este caso, el único factor de riesgo era el embarazo, siendo necesario un rápido y alto nivel de sospecha, ya que en el manejo se debe considerar siempre la sobrevivencia tanto de la madre como del feto.

### **PALABRAS CLAVES**

Aorta, Embarazo, Vascular.

## “Diverticulitis apendicular: Reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Torres Sanhueza Juan<sup>1</sup>, Olivares Leal Ignacio<sup>1</sup>, Cortés Flández Joaquín<sup>1</sup>, Carcamo Rivera Ricardo<sup>1</sup>, Aguilar Aguilera Andrés<sup>2</sup>

1. Estudiante de medicina. Universidad de la frontera, Temuco
2. Becado Cirugía General, Universidad de la frontera, Temuco

### **INTRODUCCIÓN**

La diverticulitis apendicular aguda corresponde a la inflamación de un divertículo de la pared del apéndice vermiforme. Su cuadro clínico es muy difícil de diferenciar de una apendicitis aguda clásica, con presentación clínica e imagenológica muy similar. La apendicectomía en el cuadro agudo, corresponde al manejo definitivo, donde no hay diferencia entre técnica laparoscópica o abordaje abierto.

### **PRESENTACION DE CASO**

Paciente masculino de 18 años, sin antecedentes, consulta en urgencias de HHA por cuadro de dolor abdominal en mesogastrio que migra a fosa iliaca derecha de 2 días de evolución. Al examen físico, presenta abdomen sensible difuso con predominio en flanco derecho con signos de Mc Burney y Blumberg positivos. En exámenes de laboratorio destaca leucocitosis, VHS y PCR elevada. Al estudio de imagen la tomografía computarizada de abdomen y pelvis reveló signos compatibles con apendicitis aguda en evolución. Se hospitaliza para una resolución quirúrgica por apendicitis aguda. Se efectúa apendicectomía bajo protocolo estándar, sin incidentes. En el control ambulatorio se obtiene resultado anatomopatológico con apendicitis aguda ulceroflegmonosa y diverticulitis aguda ulceroflegmonosa.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La diverticulosis apendicular es una forma poco común, pero considerable, de enfermedad apendicular que puede presentarse como apendicitis aguda y puede asociarse con un mayor riesgo de perforación y neoplasias apendiculares. Esta patología no está exenta de complicaciones, siendo la más complicada y grave la perforación, lo que aumenta la morbimortalidad en un 30%.

### **PALABRAS CLAVE**

Apendicectomía, Apendicitis, Dolor abdominal, Diverticulitis

## “Diverticulitis Derecha, importancia de estudio imagenológico en su diferenciación, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Kuramochi Hellwig Kai<sup>1</sup>, Bañados Cordero Antonia<sup>1</sup>, Flores López Prissila<sup>1</sup>, Bolomey Leiva Catalina<sup>1</sup>, Velásquez Palavecino Catalina<sup>1</sup>, Sandoval Arriagada Cristian<sup>2</sup>

1. Interno(a) de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Médico Cirujano, Universidad de la Frontera.

### **INTRODUCCIÓN**

Diverticulitis derecha corresponde a una presentación infrecuente, representando un 5% de las diverticulitis agudas en occidente. En contraste, en países asiáticos un 80% de los casos de diverticulitis que afecta el lado derecho, comprometiendo a un grupo demográfico distinto, siendo más frecuente en pacientes jóvenes y presentando una clínica muy similar a la apendicitis aguda; si bien su patogenia es controvertida, la edad de presentación sugiere un factor congénito asociado.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente femenina de 27 años, sin antecedentes. Consulta en urgencias por cuadro de 1 día de evolución de dolor abdominal epigástrico con posterior migración a fosa iliaca derecha. Clínicamente destacaba dolor abdominal en cuadrante inferior derecho y signos clínicos sugerentes de apendicitis. En laboratorio destacan parámetros inflamatorios levemente elevados, leucocitos 10080 y proteína C reactiva (PCR) en 49. Por sospecha de apendicitis se solicitó tomografía computada de abdomen y pelvis, que informó apéndice cecal sin cambios inflamatorios, e imagen compatible con divertículo en sección anterior de colon ascendente, asociada a cambios inflamatorios, sin líquido libre. Se manejó con tratamiento antibiótico oral, analgesia y control ambulatorio.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Existe poca evidencia que establezca diferencias clínicas entre diverticulitis derecha y apendicitis aguda. Estudios indican una mayor frecuencia de anorexia, neutrofilia y cetonuria como parte del cuadro en apendicitis; siendo la historia de diverticulitis previa el único valor predictor de diverticulitis derecha. Ninguno de estos se encontraba presente entre las manifestaciones clínicas de la paciente. Debido a la sintomatología inespecífica los pacientes pueden recibir un diagnóstico preoperatorio erróneo y estar expuestos a una carga quirúrgica adicional. Por consiguiente,

la evidencia señala que la certeza diagnóstica puede ser obtenida a través del estudio imagenológico. La tomografía computarizada (TC) es el examen de elección en sospecha de diverticulitis, puesto que además de ser sensible y específico, logra evidenciar las posibles complicaciones. La apendicitis suele requerir una intervención quirúrgica, mientras que la diverticulitis no complicada se maneja de manera conservadora. En conclusión, es esencial utilizar pruebas de imagen para realizar un diagnóstico preciso y determinar el tratamiento adecuado a tiempo, evitando hospitalizaciones innecesarias y complicaciones que puedan sobrecargar la red asistencial.

### **PALABRAS CLAVE**

Apendicitis, Diverticulitis colónica, Tomografía computarizada por rayos x

## Doble Colgajo de avance con anestesia local para el tratamiento del cáncer espinoceleular en cuero cabelludo, reporte de caso.

**Autores y tutores:** Salinas Castillo Masiel<sup>1</sup>, Sotelo Alborno Catalina<sup>1</sup>, Guajardo Álvarez Camila<sup>1</sup>, Harvey Stela Florencia<sup>1</sup>, Jara Reyes Rodrigo<sup>1</sup>, Crisosto Adrián Javier<sup>(2)</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca.
2. Médico Cirujano, Cirugía General, Hospital de Constitución, Constitución.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma espinoceleular es una neoplasia originada en las células escamosas de la epidermis. Es el segundo tipo de cáncer cutáneo más frecuente. Esta enfermedad tiene una mortalidad de alrededor de 1.5 millones de personas cada año. El enfoque terapéutico puede variar según tamaño y ubicación.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 82 años de edad con diagnóstico de Carcinoma espinoceleular en cuero cabelludo, es referida desde el servicio de dermatología por presentar lesión exofítica tipo cuerno cutáneo 6 x 3 cm en la región interparietal, de 6 meses de evolución.

Fue evaluado y se decidió intervenir quirúrgicamente con anestesia local tipo lidocaína-epinefrina (1:100.000). Se realizó la resección completa de ambas lesiones con bisturí frío, llegando hasta el plano subcutáneo. Se diseñó un colgajo de avance con piel, extendiéndose hasta la galea aponeurótica. Se cerró la superficie utilizando puntos de anclaje totales en piel por fragilidad del plano subcutáneo, esto permitió el cierre adecuado del defecto sin tensión innecesaria. El resto de la piel fue cerrada con sutura discontinua, para un cierre seguro y sin complicaciones. En la parte posterior, se realizó un cierre en surget para asegurar una cicatrización óptima. La cirugía excisional fue llevada a cabo con éxito, y los resultados histopatológicos confirmaron que los márgenes estaban libres de células malignas. La paciente se recuperó de manera óptima y cicatrizó satisfactoriamente.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este caso clínico resalta la relevancia de la detección temprana, el tratamiento adecuado y la coordinación efectiva entre los servicios médicos para obtener resultados exitosos en el manejo del carcinoma

espinoceleular en el cuero cabelludo. El enfoque terapéutico empleado, mediante la cirugía excisional con margen oncológico y la reconstrucción con doble colgajo de avance, demostró ser efectivo en este caso particular. Esta aproximación contribuye a reducir la carga de pacientes derivados, optimizando los recursos disponibles y ofreciendo una atención especializada y oportuna en el propio hospital local, por lo que es fundamental establecer protocolos claros y contar con una adecuada coordinación interdisciplinaria para garantizar la seguridad y la calidad de la atención.

### PALABRAS CLAVES

Anestesia local, carcinoma de células escamosas, procedimientos quirúrgicos menores.

# **Dolor crónico por neuropatía hereditaria con susceptibilidad a parálisis por presión y síndrome opérculo torácico concomitantes**

**Autores y tutores:** Silva Vergara Sofía<sup>1</sup>, Queirolo Campos Javiera<sup>1</sup>, Rojas Contreras Catalina<sup>1</sup>, Martínez González Francisco<sup>1</sup>, Parada García Valentina<sup>1</sup>, Rapimán González Andrea<sup>2</sup>.

1. Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae.
2. Médico Cirujano, Docente Universidad Finis Terrae.

## **INTRODUCCIÓN**

La Neuropatía Hereditaria con susceptibilidad a parálisis por presión (NHPP), es un trastorno genético que altera nervios periféricos y provoca déficits sensoriomotores focales, afecta a 7-16/100.000 individuos, aparece entre 20-30 años e incluye parestesia focal asimétrica, debilidad/atrofia muscular, disminución de reflejos tendinosos, entre otros.

El síndrome opérculo torácico (SOT), infrecuente y potencialmente grave, comprime estructuras neurovasculares en la salida torácica. Puede ser neurogénico, venoso y/o arterial, afecta mayoritariamente mujeres entre 20-40 años. Generalmente involucra la primera costilla y músculo escaleno anterior, afectando al plexo braquial y vasos subclavios.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 36 años, sin antecedentes de relevancia, hace 15 años presenta paresia de miembros superiores (MMSS) de predominio izquierdo con parálisis momentáneas, además de dolor torácico y omalgia izquierda. Hace 3 años se agregan parestesias en MMSS y luego cervicalgia izquierda. Por esta última acude a consulta traumatológica, donde destaca MMSS con función motora de M3 y M2 ante maniobras dinámicas, con maniobra de Adson positiva a izquierda. Ecotomografías de codo izquierdo mostraron inestabilidad y posterior subluxación del nervio cubital ante flexión de codo. Electromiografía demostró SOT neurogénico bilateral y NHPP. Estudio de SOT con EcoDoppler evidenció compromiso de vena subclavia distal derecha. Se le recetó Celecoxib, Pregabalina y kinesioterapia.

Electromiografía posterior mostró mejoría de neuropatías cubitales, daño radicular cervical y compromiso de nervios peroneales y medianos. Hace 1 mes, AngioTac de tórax y MMSS mostró estenosis de vena subclavia izquierda > 50% entre primer arco costal, musculatura escalena anterior y clavícula izquierda ante abducción del MMSS izquierdo.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La superposición de NHPP y SOT, empeora la sintomatología y funcionalidad de esta paciente. Ambas enfermedades son infradiagnosticadas, retrasando el tratamiento y afectando la evolución clínica, pero pese al diagnóstico tardío y a no recibir intervención quirúrgica aún, esta paciente ha tenido mejoría clínica y electromiográfica de neuropatías cubitales.

Concluyendo, estas patologías tienen baja prevalencia y variada sintomatología que empeoran la calidad de vida, por esto, es necesario darle relevancia al diagnóstico temprano, para iniciar precozmente el tratamiento farmacológico y kinesiológico, y así mejorar la clínica y evolución de ambas enfermedades.

## **PALABRAS CLAVES**

Dolor crónico; Neuropatía hereditaria; Síndrome opérculo torácico

# Empiema pleural complicado con sepsis y hallazgo incidental intraoperatorio de quistes abscedados, a propósito de un caso con difícil manejo

**Autores y tutores:** Silva Vergara Sofía<sup>1</sup>, Queirolo Campos Javiera<sup>1</sup>, Rojas Contreras Catalina<sup>1</sup>, Martínez González Francisco<sup>1</sup>, Parada García Valentina<sup>1</sup>, Rapimán González Andrea<sup>2</sup>.

1. Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae.
2. Médico Cirujano, Docente Universidad Finis Terrae.

## **INTRODUCCIÓN**

El empiema pleural se define por presencia de pus en espacio pleural. Es una condición crítica con tasas de mortalidad que llegan al 40%. La causa más frecuente es para-neumónica, pero puede presentarse en escenarios posquirúrgicos y postraumáticos.

El empiema sigue una evolución progresiva trifásica y si bien los antibióticos son parte central del tratamiento, el abordaje inicial debe enfocarse en la estadificación trifásica más: causa de la enfermedad, fase evolutiva, y estado general del paciente.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 32 años, sin antecedentes, acude a consulta traumatológica por cuadro de una semana de evolución de dolor difuso a nivel intercostal derecho irradiado a región interescapular, carácter punzante. Se solicita radiografía de parrilla costal, evidenciando derrame pleural derecho, se deriva a servicio de urgencias. Se realiza TAC de Tórax, reporta moderado derrame pleural derecho loculado y se hospitaliza en UCI.

Cirujano de tórax realiza videotoroscopia (VTC), que evidencia fibrina, tabiques y líquido pleural turbio, se realiza aseo quirúrgico y doble pleurostomía derecha. Estudio de líquido diagnostica empiema. Paciente presenta quiebre clínico, nuevo TAC de Tórax reporta derrame pleural derecho moderado e izquierdo leve. Se realiza nueva VTC más toracotomía derecha, con hallazgo de múltiples quistes abscedados, compatibles con posible hidatidosis pulmonar.

Se realiza resección de estos, decorticación pulmonar, adherenciólisis, aseo quirúrgico y se reajustan drenajes pleurales. Paciente queda con requerimiento de ventilación mecánica invasiva y antibioticoterapia. A los 3 días presentó sepsis severa de foco pulmonar, se reajusta terapia antibiótica.

Continúa con buena evolución, siendo extubada 10 días después.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Este caso corresponde a un hallazgo tardío de quistes abscedados, los cuales no fueron descubiertos en los exámenes imagenológicos o en la primera VTC. En consecuencia, el diagnóstico final y su correspondiente tratamiento fueron un proceso lento y de gran invasividad.

Es de suma importancia un correcto diagnóstico y manejo del empiema como de los quistes encontrados intraoperatoriamente, pues un tratamiento deficiente puede implicar en consecuencias graves; incluye desde una sepsis severa, a la rotura del quiste que impresiona hidatídico, lo que puede resultar en anafilaxia y fallecimiento del paciente.

## **PALABRAS CLAVES**

Empiema; Quistes pulmonares; Sepsis

## “Endocarditis infecciosa puerperal: Emergencia quirúrgica por absceso mitral, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Monsalve Arcos Sebastián<sup>1</sup>, San Martín Mella Marco<sup>1</sup>, Pérez Carrillo Thomas<sup>1</sup>, Gäbler Núñez Matthias<sup>1</sup>, Cevallos Duque David<sup>2</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
2. Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital las Higueras de Talcahuano, Talcahuano.

### **INTRODUCCIÓN**

La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente que afecta a los tejidos cardíacos. Se asocia a una elevada mortalidad, incluso de hasta un 20-25%. Existen múltiples factores de riesgo, entre ellos destaca el antecedente de enfermedad reumática, el uso de dispositivos intracardiacos e intravasculares, así como condiciones asociadas a inmunosupresión. Lo anterior predispone al desarrollo de una bacteriemia, que, al asociarse a una lesión endotelial, forma un agregado de plaquetas y bacterias conocido como vegetación, pudiendo incluso llegar a la formación de abscesos.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente femenina de 24 años sin antecedentes mórbidos previos, puérpera de parto vaginal espontáneo, consultó en 4to día postparto por síndrome constitucional asociado a hipotensión. En exámenes de ingreso destaca leucocitosis (25.700), PCR 28.65, PCT 8.38. Se maneja como shock séptico y se toman hemocultivos (+) *S. aureus* MS. El mismo día evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de ventilación mecánica en UCI. Se pesquisan manchas de Janeway en plantas y palmas, hemorragia conjuntival y soplo sistólico foco mitral III/VI, por lo que se realiza ecoscopia que revela absceso de válvula mitral con perforación de velo posterior. Es evaluada por equipo de cardiocirugía, se solicita pabellón de urgencia donde se realiza RVM prótesis mecánica, evolucionando favorablemente por lo que se traslada a sala y completa 4 semanas de Cefazolina.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

La endocarditis infecciosa corresponde a una patología grave y potencialmente mortal. Actualmente las principales indicaciones quirúrgicas son la persistencia de la infección pese al tratamiento antibiótico, la presencia de embolismos a repetición, la infección por hongos y la presencia de insuficiencia cardíaca, como fue el caso de esta paciente. El objetivo de la intervención quirúrgica es la remoción completa del tejido o material infectado,

intentado preservar la funcionalidad de la válvula en los casos que sea posible.

### **PALABRAS CLAVE**

Endocarditis infecciosa, Insuficiencia cardíaca, Insuficiencia Mitral.

## “Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: Una enfermedad poco frecuente pero devastadora”

**Autores y tutores:** Mahuzier Campodonico Martín<sup>1</sup>, Sepúlveda Méndez Sebastián<sup>1</sup>, Tapia Reyes Florencia<sup>2</sup>, Roa Fierro Claudio<sup>2</sup>, Weissglas Orellana Bunio<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción.
3. Médico Cirujano Residente de Medicina Interna, HLH de Talcahuano, UdeC.

### **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una enfermedad neurodegenerativa asociada a la acumulación de priones en el sistema nervioso central, de notificación obligatoria, evolución rápida, mortal e incurable. Si bien la ECJ es rara, en Chile su incidencia es de 3,5 casos por millón de habitantes, siendo más del triple que en el resto del mundo. Tiene un desafiante diagnóstico, ya que sus síntomas son inespecíficos y pueden ser similares a otras demencias rápidamente progresivas (DRP).

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Hombre de 41 años con alteraciones conductuales de dos meses de evolución, llevado al servicio de urgencias por presentar episodio de agitación psicomotora. Requirió contención física y farmacológica de difícil manejo, ingresó a unidad de paciente crítico para lograr mayor sedación. En el estudio inicial no se encontraron hallazgos relevantes en tomografía computarizada de cerebro, estudio de líquido cefalorraquídeo, ni en pruebas tóxico-metabólicas. Se realizó electroencefalograma (EEG) y resonancia magnética (RM) con hallazgos compatibles con ECJ. Se envió muestra de sangre para secuenciamiento del gen de la proteína prion celular que descartó variante genética.

El paciente evolucionó con mayor compromiso de funciones cognitivas, crisis convulsivas, neumonía aspirativa, mala mecánica ventilatoria y necesidad de oxígeno suplementario. En conjunto con la familia se decidió limitación del esfuerzo terapéutico y finalmente fallece por insuficiencia respiratoria.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Ante una DRP se debe hacer un completo estudio etiológico como se realizó en este caso. Se descartaron otras causas y se obtuvo un EEG y RM que cumplían criterios diagnósticos de ECJ, lo que determinó un manejo netamente paliativo, sin oportunidad de ofrecer intervenciones que cambiarán su evolución.

### **PALABRAS CLAVES**

Demencia, Enfermedades por Prión, Síndrome de Creutzfeldt-Jakob

## Enfermedad de Kawasaki; presentación clínica incompleta y sus posibles complicaciones, a propósito de un caso

**Autores y Tutores:** Acuña Arévalo Francisco<sup>1</sup>, Alarcón Arancibia Perla<sup>1</sup>, Aravena Bravo Pablo<sup>1</sup>, Bastías Hernández Joaquín<sup>1</sup>, Hernández Jara Natalia<sup>1</sup>, Marchant Elizalde Marcelo<sup>2</sup>.

1. Interno Medicina, Universidad Mayor Temuco, Temuco
2. Pediatra, Hospital Mauricio Heyermann, Angol, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad de Kawasaki (EK) o Síndrome Mucocutáneo-Linfonodular es una vasculitis aguda autolimitada de vasos pequeños y medianos, comprometiendo en un 25% arterias coronarias. Más frecuente en menores de cinco años. De etiología desconocida; aproximadamente un 40% asociado a virus respiratorios. El diagnóstico es clínico, pero si no cumple con un cuadro febril mayor a 5 días, o con menos de los 4 criterios clásicos, se utiliza el término de Enfermedad de Kawasaki incompleta (EKI), dificultando diagnóstico, retrasando manejo y asociándose a un mayor riesgo de complicaciones.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Previo consentimiento firmado por tutor, se presenta preescolar de 2 años y 4 meses, sin antecedentes. Consulta por cuatro días de síntomas respiratorios y eritema generalizado, y un día de evolución de fiebre hasta 38.7°C. Al examen físico destaca inyección conjuntival bilateral, labios fisurados, lengua aframbuesada y edema en pies. Exámenes sanguíneos normales, test viral positivo para Influenza A y Adenovirus. Se hospitaliza, sin respuesta a dosis óptimas de antipiréticos, manteniéndose febril. Al tercer día se sospecha de EKI, iniciado manejo con aspirina, metilprednisolona y gammaglobulinas intravenosas (IGIV). Se realiza ecocardiograma sin hallazgos patológicos. Después de una semana se suspende corticoide, fiebre persiste a pesar de segunda dosis de IGIV, siendo trasladada a un hospital de mayor complejidad. Se mantiene hospitalizada hasta las 6 semanas post diagnóstico, último ecocardiograma resulta normal, se decide cambiar aspirina por clopidogrel y continuar controles ambulatorios con cardiología.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La presentación incompleta de la Enfermedad de Kawasaki complica el diagnóstico y retrasa el inicio de tratamiento, aumentando la incidencia de aneurisma coronaria hasta en un 25%. Estudios demuestran una mayor tolerancia inmunológica o respuesta retardada a las IGIV (15-20%),

perpetuando la fiebre y requiriendo una segunda dosis. Un estado febril mayor a 8 días se considera un factor de riesgo individual de aneurisma coronario. La aspirina en dosis altas se debe mantener durante el periodo febril, lo que aumenta el riesgo de desarrollar síndrome de Reye.

La EKI es un reto para médicos y especialistas, la importancia radica en la sospecha, el tratamiento temprano y la evaluación continua para disminuir el riesgo coronario.

### **PALABRAS CLAVES**

Enfermedad Kawasaki, Síndrome Mucocutáneo Linfonodular, Vasculitis

## “Enteritis eosinofílica desafío diagnóstico, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Valderrama Navarro Bastian<sup>1</sup>, Jara Reyes Rodrigo<sup>1</sup>, Salinas Castillo Masiel<sup>1</sup>, Vielma Troncoso Pablo<sup>1</sup>, Rebolledo Molina Marian<sup>1</sup>, Montiel Quintero Franklin<sup>2</sup>.

1. Interno/a de Medicina, Universidad Católica del Maule.
2. Internista, Hospital Regional de Talca.

### **INTRODUCCIÓN**

La enteritis eosinofílica es una patología poco frecuente que requiere de una biopsia para su diagnóstico definitivo, lo que no siempre se realiza en todos los casos de síntomas gastrointestinales. Se estima que su prevalencia es 22 a 28 en 100.000. Su fisiopatología aún es desconocida y se atribuye principalmente a un componente alérgico. El papel de las alergias alimentarias no se ha definido claramente. La importancia de esta patología radica en su subdiagnóstico y su curso crónico que puede tener evolución desfavorable.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente femenino 63 años con antecedentes de HTA, Cáncer renal operado, presenta cuadro de 2 meses de evolución de dolor epigástrico de intensidad variable, asociado a vómitos, sin cambios en patrón defecatorio. Se asocia baja de peso no programada de 10 kg, apetito conservado. TAC de abdomen y pelvis con cambios inflamatorios en relación a asa de yeyuno distal de carácter inespecífico. Colonoscopia pólipos del colon ascendente extirpado. EDA gastropatía erosiva corporal, reflujo duodenogástrico, test de ureasa negativo. Ante sospecha de malignidad se realiza Enteroclisia por TAC que informa lesión estenosante del segmento corto del yeyuno distal, dilatación de asas proximales, aspecto compatible con neoplasia, no se descarta origen inflamatorio. Se realiza laparotomía media, zona estenosante en asas de intestino delgado a 70 cm del ángulo de Treitz, se reseccionó con margen. Biopsia informa enteritis eosinofílica y ulceración de tipo isquémica.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Los síntomas gastrointestinales son un motivo frecuente de consulta, si bien la mayoría de los casos suelen ser inespecíficos y abren una amplia posibilidad de diagnósticos, se debe descartar patologías frecuentes o con alta mortalidad. Sin embargo, ante dificultad para precisar el diagnóstico, se debe sospechar patologías menos frecuentes como la enteritis eosinofílica, cuyo desafío diagnóstico es la necesidad de biopsia para su confirmación. Por lo que se deben buscar formas alternas para su identificación.

### **PALABRAS CLAVE**

Enteritis, Eosinofilia, Diagnóstico.

## “Estrategia Tele-ACV: A propósito de un Caso”

**Autores y tutores:** Aravena Bravo Pablo<sup>1</sup>, Berrios Oyarzo Javier <sup>1</sup>, Bolomey Leiva Catalina<sup>1</sup>, Gutiérrez Cifuentes Fernanda<sup>1</sup>, Martínez Castro Alejandro<sup>1</sup>, Ramírez Huentenaó Jorge<sup>2</sup>, Álvarez Muñoz Teresa<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Médico-Cirujano, Universidad Mayor, Victoria, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

El accidente cerebro vascular (ACV) es una de las principales patologías que afectan la morbimortalidad de la población, siendo una de las principales causas de discapacidad y muerte de estos mismos. En un mundo globalizado, han surgido distintas estrategias tecnológicas, una de estas es el Tele-ACV el cual, hace posible comunicarse con un especialista, quien guiará el manejo.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 79 años sin antecedentes mórbidos. Traído a servicio de urgencia por familiares por cuadro de desorientación, disartria y mareos de inicio presenciado. En sala de reanimación, se evidencia leve desviación de comisura labial a izquierda, sin focalidad braquiocrural, hipoestesia de hemicuerpo izquierdo. Se realiza scanner de cerebro que informa: ACV isquémico mesencefálico izquierdo. Debido a que se encontraba en periodo de ventana se decide presentar a Tele-ACV. Mediante videoconferencia se toma escala de NIHSS la cual da en total 7 puntos, por lo que se decide trombólisis con tenecteplase. Se inicia monitorización continua según protocolo, se evidencia disminución de NIHSS a 2 puntos. Posteriormente fue aceptado en unidad de tratamiento intensivo (UTI) para seguimiento.

### **PALABRAS CLAVES**

Accidente Cerebro Vascular, Infarto Cerebral, Telemedicina

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Enfrentarse a un ACV es común en el servicio de urgencia, un diagnóstico oportuno y manejo adecuado son esenciales para lograr un mejor pronóstico en los pacientes. Gracias a la tecnología es posible tener acceso inmediato a distintos especialistas, por lo que, si se logra protocolizar este tipo de estrategias, podría ser muy beneficioso. Gracias a la ayuda de Tele-ACV, es posible entregar un mejor manejo, disminuir secuelas y por lo tanto lograr conseguir una mejor calidad de vida para el paciente.

## Etiología idiopática como origen de insuficiencia renal y adrenal concomitantes, a propósito de un caso.

**Autores y tutores:** Oliva Palta Juan<sup>1</sup>, Bombín Figueroa Antonella<sup>1</sup>, Ferrada Garrido Diego<sup>1</sup>, Fuentealba Villanueva Nicolás<sup>1</sup>, Rodríguez Caballero Catalina<sup>1</sup>, Ferrada Garrido Ricardo<sup>2</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile.
2. Médico Internista, Hospital Base de Linares, Linares.

### **INTRODUCCIÓN**

La nefropatía por IgA es la principal causa de glomerulonefritis primaria, teniendo mayor prevalencia en hombres de raza blanca y población Asiática. Su curso suele ser intermitente y en estrecha relación con infecciones gastrointestinales/respiratorias, manifestándose como episodios que pueden ir desde hematuria macroscópica, síndrome nefrítico hasta la glomerulonefritis rápidamente progresiva. Si bien su causa es desconocida, la patogénesis se explica a través de la síntesis defectuosa de grandes cantidades de inmunoglobulinas IgA a raíz de infecciones mucosas, las cuales formarían complejos inmunes que se depositarían posteriormente en el mesangio renal. Por otro lado, la insuficiencia adrenal primaria es un trastorno propio de estas glándulas, en donde los niveles de hormonas adrenocorticales son subóptimos, expresándose clásicamente como un episodio agudo crítico de shock distributivo refractario a volumen, siendo su principal causa la adrenalitis autoinmune hasta un 80%.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 31 años sin antecedentes conocidos refiere cuadro de 7 días de evolución caracterizado por tos seca y rinorrea, el cual evoluciona con artralgia simétrica de grandes articulaciones, vómitos y hematuria. Consulta en urgencias donde se constata deshidratado, hipotenso, hipoglucémico y con presencia de melanoplaquias de reciente aparición en mucosas y superficies flexoras. Empíricamente se inicia Hidrocortisona y se hospitaliza. Dentro del estudio realizado destaca hiponatremia e hiperkalemia moderada; Orina completa: Proteinuria >300mg/dl, >200 eritrocitos/uL mayormente dismórficos, >500 leucocitos/uL sin nitritos; Cortisol A.M. bajo; Complemento normal; ANA, ANCA, perfil ENA, Anticuerpos Antiestreptolisina y antimembrana basal negativos; Además, creatinemias ascendentes desde 2,55 hasta 8,62 mg/dl. Se realiza diagnóstico de glomerulonefritis rápidamente progresiva, la cual requirió pulsos de Metilprednisolona, logrando mejoría clínica y descenso de creatinina hasta 1,6 mg/dl, por lo que se realiza traslape a Prednisona oral y alta con indicación de biopsia renal posterior.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Si bien ambas patologías no son infrecuentes, no existen reportes de estas entidades de manera coexistente. Siendo esto, bajo ninguna circunstancia, motivo de retraso de tratamiento, ya que la instauración pronta de éste determinará en mayor medida el pronóstico del paciente. Finalmente cabe destacar que no es posible excluir, aunque sea mínimamente probable, la ausencia de relación entre ambas patologías, tomando el azar un rol preponderante.

### **PALABRAS CLAVES**

Glomerulonefritis, Melanoplaquia, Proteinuria, Dismorfia eritrocitaria

## “Fibrosis retroperitoneal idiopática, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Silva Beltrán Gerald<sup>1</sup>, Mendoza Mackenzie Gabriela<sup>1</sup>, Becerra Castillo Valentina<sup>1</sup>, Saldaña Castillo Alejandro<sup>1</sup>, Montalbán Gutiérrez Leonardo<sup>1</sup>, Aguilar Luco Miguel<sup>2</sup>

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

### **INTRODUCCIÓN**

La fibrosis retroperitoneal es una entidad clínica poco frecuente caracterizada por la presencia de tejido inflamatorio crónico y fibrosis en el retroperitoneo periaórtico y periliaco. Con una incidencia anual estimada de 0.1-1,5 por cada 100.000 habitantes se posiciona como un diagnóstico de descarte, edad promedio de diagnóstico entre 40-60 años, 2 a 3 más frecuente en hombres.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 53 años con antecedentes de hipertensión arterial, esteatosis hepática y enfermedad renal crónica. Ingresa a servicio de urgencias por injuria renal aguda postrenal AKIN 3 resuelta con pigtail bilateral.

Se inicia estudio de masa retroperitoneal a nivel L1-L3, TAC informa desplazamiento y compresión extrínseca de los uréteres. Pielografía tejido con densidad de partes blandas que rodea a la aorta y vena cava inferior, tracción de uréteres hacia medial, con hidroureteronefrosis bilateral desde el tercio proximal.

Paciente ingresa a pabellón para ureterolisis bilateral más peritonización de uréteres, con recuperación de función renal, se toma biopsia que confirma la presencia de tejido fibroadiposo con extensa fibrosis y un proceso inflamatorio crónico. Se indica prednisona 60 mg con disminución progresiva y tamoxifeno 20mg en espera de remisión.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El mecanismo fisiopatológico no se conoce por completo, pero se asocia a una reacción inflamatoria local a partir de lípidos de la pared aórtica como el

ceroide, lipoproteína producida por la oxidación de LDL que determina una activación linfoplasmocitaria y proliferación de fibroblastos.

En un inicio las manifestaciones clínicas son inespecíficas, el síntoma cardinal es el dolor lumbar o abdominal, pérdida de peso, fiebre de bajo grado, fatiga, anorexia, náuseas y mialgias. En etapas más avanzadas la clínica está dada por efecto de masas, la compresión de los uréteres y falla renal es lo más frecuente, en este estadio se suele hacer el diagnóstico.

El carácter inespecífico de los síntomas y baja prevalencia de la enfermedad contribuyen al diagnóstico tardío, ya que no existen criterios establecidos, el uso de TAC puede orientar el diagnóstico y permite hacer seguimiento, pero se necesita el estudio histopatológico para confirmación y exclusión de otras causas. A pesar de no existir estudios de alta evidencia clínica, se recomienda el manejo con corticoides e inmunosupresores para detener la fibrosis, con altas tasas de éxito, además de la liberación y reparación quirúrgica de las estructuras comprimidas.

### **PALABRAS CLAVE**

Corticoides, Fibrosis retroperitoneal, Insuficiencia renal.

## Fiebre tifoidea, presentación típica de un caso

**Autores y tutores:** Neira Salazar Matías<sup>1</sup>, Aliaga Muñoz Daira<sup>1</sup>, Cendoya Ferrada Montserrat<sup>1</sup>, Sepúlveda Cárdenas Karen<sup>1</sup>, Mella Montecinos Sergio<sup>2</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médico infectólogo, Hospital Regional de Concepción, Concepción, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

La fiebre tifoidea o entérica es una infección sistémica grave caracterizada por fiebre y dolor abdominal. Es causada por *Salmonella typhi* o *paratyphi* y se transmite vía fecal oral, a través de agua o alimentos contaminados. Este caso muestra la presentación clásica de esta patología y su manejo.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Mujer de 25 años, puérpera de 2 meses de cesárea, sin antecedentes de viajes recientes o contacto con enfermos, consultó por cuadro de 7 días de cefalea moderada, asociado a anorexia, fiebre de hasta 39°C, dolor abdominal difuso intermitente y sudoración nocturna. Al laboratorio destacaban parámetros inflamatorios elevados. Se hospitalizó para estudio de fiebre sin foco, se toman imágenes, pancultivan e inician Ceftriaxona empírica. Tomografía de abdomen y pelvis con adenopatías ilíacas internas derechas de aspecto reactivo. Se aisló en hemocultivos, *Salmonella* grupo D multisensible. Al 4to día de tratamiento, persistía con fiebre, intolerancia oral y cefalea intensa, por lo que fue evaluada por infectología quien, en contexto de fiebre tifoidea, ajustó antibioticoterapia a Ciprofloxacino endovenoso y suspendió lactancia. Por evolución clínica favorable, se decidió alta con terapia secuencial oral con Ciprofloxacino. Al control ambulatorio con infectología, paciente se encontraba en buenas condiciones, por lo que se

decidió mantener antibiótico hasta completar 14 días y alta por especialidad.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La fiebre tifoidea es una enfermedad infectocontagiosa potencialmente mortal y las condiciones socioeconómicas son determinantes en su transmisión. En Chile, los casos han disminuido desde 2015, alcanzando una incidencia de 0,2 por 100,000 habitantes en 2018. La antibioticoterapia oportuna evita las complicaciones graves y reduce significativamente las tasas de mortalidad de esta patología.

Sus manifestaciones clínicas inespecíficas y la baja incidencia en Chile hacen que esta etiología no sea habitualmente sospechada en nuestro medio. Este caso ilustra la presentación clásica de una fiebre tifoidea y nos recuerda la relevancia de mantenerla dentro de los diagnósticos diferenciales, al enfrentarnos a un síndrome febril sin foco.

### **PALABRAS CLAVES**

Fiebre tifoidea, Infecciones, *Salmonella typhi*.

## “Fractura-luxación de tobillo tipo Bosworth: reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Lillo Leonelli Camila<sup>1</sup>, Valdés Brand Diego<sup>1</sup>, Maldonado Bascur Diego<sup>1</sup>, Sepúlveda Mainhard Matías<sup>1</sup>, Ávila Gatica Claudia<sup>1</sup>, Vásquez Velásquez Luis<sup>2</sup>, Briceño Urbina Carlos<sup>2</sup>.

1. Interno de medicina, Universidad Mayor, Temuco.
2. Traumatólogo, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro.

### **INTRODUCCIÓN**

La fractura de Bosworth es una fractura-luxación inusual de tobillo donde el fragmento de la diáfisis fibular proximal se bloquea detrás del tubérculo tibial posterior. Es conocida como una causa de falla de reducción cerrada de fractura-luxación de tobillo. El diagnóstico suele pasar desapercibido, ya que es difícil visualizar la posición retro tibial del fragmento proximal fibular en la radiografía, siendo reconocido en el intraoperatorio. Se sugiere la tomografía computarizada (TC) para comprender la configuración de la fractura. El mecanismo de lesión suele ser supinación con rotación externa. Se asocia a fracturas Danis-Weber B o C.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes mórbidos, quien sufrió torcedura de tobillo derecho tras caída en actividad deportiva. Consultó en el servicio de urgencias del hospital de Lautaro, ingresando con deformidad de la extremidad, dolor e impotencia funcional. Al examen físico había compromiso neurovascular con pulso disminuido y frialdad distal. En la radiografía se evidenció fractura de fíbula distal. Se realizaron dos intentos de reducción cerrada, sin éxito. Se derivó al hospital regional de Temuco, indicándose reducción cerrada y fijación externa de la fractura. Se realizó TC de control y 6 días después se realizó la cirugía. En el intraoperatorio se objetivó fractura de fíbula distal con rasgo tipo Bosworth, con fragmento proximal posterior a la tibia. Se realiza reducción abierta y fijación interna con placa anatómica bloqueada más fijación sindesmal, sin incidentes. El postoperatorio fue favorable. Actualmente el paciente refiere leve limitación a la dorsiflexión, sin otras complicaciones. La radiografía de control a los 4 meses muestra signos de consolidación.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La causa más frecuente de irreductibilidad de fractura-luxación de tobillo es la interposición de tejidos blandos. La fractura de Bosworth es una causa menos frecuente, pero que hay que considerar

a la hora de enfrentar esta situación. Es difícil reconocerla en radiografías iniciales, pasando desapercibida hasta el acto quirúrgico. La TC es una buena herramienta para mejorar la precisión diagnóstica. Para minimizar complicaciones y obtener mejores resultados es importante el diagnóstico precoz, limitar el número de intentos de reducción cerrada y una reducción abierta temprana.

### **PALABRAS CLAVES**

Fractura de tobillo, Reducción abierta de fractura, Tomografía computarizada.

## Fractura por avulsión de la tuberosidad anterior de la tibia, a propósito de un caso

**Autores y tutores:** Valderrama Navarro Bastián<sup>1</sup>, Salinas Castillo Masiel<sup>1</sup>, Guajardo Alvarez Camila<sup>1</sup>, Jara Reyes Rodrigo<sup>1</sup>, Sotelo Albornoz Catalina<sup>1</sup>, Castillo Leiva Hugo<sup>2</sup>

1. Interno/a de Medicina, Universidad Católica del Maule.
2. Traumatólogo infantil, Hospital Regional de Talca.

### **INTRODUCCIÓN**

Las fracturas por avulsión de la tuberosidad anterior de la tibia (TAT) es una afección infrecuente, generalmente originada por lesiones deportivas o traumatismos directos. Su clínica se caracteriza por la presencia de dolor en la región anterior de la rodilla y la tibia, acompañado de limitación funcional y aumento de volumen. Su temprano diagnóstico y tratamiento reduce las tasas de complicaciones.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 12 años consulta en servicio de urgencias posterior a caída en hiperextensión de su pierna izquierda. Al ingreso se toma radiografía de la rodilla reveló la presencia de una fractura en la tuberosidad tibial superior y una posible lesión en el fémur en contexto de un síndrome de Osgood Schlatter. Se inició tratamiento ortopédico y se derivó al paciente a traumatología infantil. Reconsulta en urgencias 3 días después, caminando, aumento de volumen en rodilla, equimosis antero lateral, dolor a la palpación y limitación funcional. Se hospitaliza para seguimiento y manejo. Se proporcionó información detallada a la madre del paciente acerca de los riesgos y beneficios de la cirugía, y se obtuvo su consentimiento informado. Se realizó osteosíntesis de TAT izquierda y se programó en un segundo tiempo la reparación y re inserción del tendón patelar. El paciente presentó una evolución favorable sin complicaciones y fue dado de alta para continuar su proceso de recuperación en su domicilio.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Las fracturas por avulsión de TAT son poco frecuentes, por lo que el desconocimiento de esta patología o el diagnóstico erróneo afectan directamente al pronóstico del paciente. Resulta crucial estar familiarizado con la clínica a fin de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, el cual dependerá del tipo de lesión. En este sentido, el respaldo imagenológico, contribuye a reducir las complicaciones tanto a corto como a largo plazo.

### **PALABRAS CLAVES**

Fractura, Fractura de la tibia, Rodilla.

## **Glomerulonefritis rápidamente progresiva lúpica: reporte de un caso.**

**Autores y tutores:** Quintas Alvear Maximiliano<sup>1</sup>, Zúñiga Coronado Esteban<sup>1</sup>, Alarcón Arancibia Perla<sup>1</sup>, Junod Montanares José<sup>1</sup>, Ramírez Briones Héctor<sup>2</sup>, Contreras Brandt Francisco<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco.
3. Médico cirujano, Hospital de Pitrufquén.

### **INTRODUCCIÓN**

La glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) es un síndrome clínico, caracterizado por el rápido deterioro de la función renal en un período de días, semanas o meses, asociado con otros hallazgos típicos como hematuria, edemas y oliguria. Este puede presentarse como manifestación inicial de una nefritis lúpica (NF), capaz de generar daño renal terminal en cuestión de días. El diagnóstico y tratamiento oportuno de este síndrome son de suma importancia, ya que estos son los que marcan en mayor medida el pronóstico del paciente.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 69 años, con antecedente de enfermedad renal crónica etapa 3, acude a urgencias por un cuadro de 5 días de evolución de fatiga y disnea. Al ingreso destaca hipertensión de hasta 163/134 mmHg y edema generalizado. Se solicitan exámenes de laboratorio, donde destacan Leucocitos de  $3.4 \cdot 10^3/uL$ , Plaquetas de  $79.000 \cdot 10^3/uL$ , Hemoglobina de 7.4 g/dl, Creatinina de 2.3 mg/dL y orina completa con hematuria. Radiografía de tórax solo muestra infiltrado intersticial bilateral. Cuadro impresiona como glomerulonefritis, por lo que se inicia tratamiento con corticoesteroides. Durante hospitalización paciente persiste con edema y evoluciona con aumento de Creatinina hasta 5.1 mg/dL. Estudio complementario destaca con Anticuerpos ANA positivos 1/320, C3 y C4 disminuidos, Anticuerpos Anti-DNA, Anticuerpos ANCA y Perfil ENA negativos. Cuadro impresiona como NF, sin embargo, no se logra realizar biopsia renal por falta de disponibilidad.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En contexto de una GNRP resulta de suma importancia realizar un diagnóstico y tratamiento precoz y oportuno, ya que, sin estos, los pacientes suelen evolucionar hasta una insuficiencia renal crónica en fase terminal. El manejo inicial de todas sus causas generalmente se basa en el uso de corticoides, sin embargo, la identificación precoz de su etiología permite el uso de terapias que pueden contribuir a la mejora del pronóstico del paciente, como en este caso de una posible NL, lo serían el uso de anticuerpos monoclonales. Es por esto que resulta de suma importancia el estudio etiológico de esta patología, ya que con medidas específicas para cada causa se puede contribuir a mejorar el pronóstico del paciente.

### **PALABRAS CLAVES**

Autoinmunidad, Nefrología, Reumatología

## “Hematuria como debut de leucemia mieloide crónica en servicio de urgencias”

**Autores y tutores:** San Martín Mella Marco<sup>1</sup>, Monsalve Arcos Sebastián<sup>1</sup>, Gäbler Núñez Matthias<sup>1</sup>, Pérez Carrillo Thomas<sup>1</sup>, Cevallos Duque David<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
2. Médico Cirujano, Hospital las Higueras, Talcahuano.

### **INTRODUCCIÓN:**

La leucemia mieloide crónica es una neoplasia mieloproliferativa que consiste en una producción desregulada de granulocitos maduros con una diferenciación normal. Se asocia a la fusión de 2 genes, el BCR del cromosoma 22 y el ABL1 del cromosoma 9, que da origen a un cromosoma 22 anómalo también llamado Filadelfia, el cual origina el cuadro. Clínicamente puede ser asintomática o presentar síntomas como dolor, baja de peso, fatiga, esplenomegalia, entre otros. Este caso expone una presentación clínica atípica de esta neoplasia.

### **PRESENTACIÓN DE CASO:**

Paciente masculino de 69 años, con antecedentes de artrosis facetaria lumbar y gastritis crónica. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de 14 días de duración caracterizado por hematuria macroscópica con coágulos intermitente, disuria y 6 episodios de nicturia por noche. Al examen físico destacó palidez general. Dentro de sus exámenes destaca una orina normal, y un hemograma con 64.480 glóbulos blancos, 2.903.000 plaquetas y hemoglobina de 10.5. Se hospitalizó bajo sospecha de leucemia mieloide crónica. Fue evaluado por hematología, quienes solicitaron pruebas de mutaciones BCR-ABL1 y JAK-2, junto a un escáner de tórax-abdomen-pelvis con contraste, los cuales evidenciaron un BCR-ABL positivo e imágenes normales, que dio un score de SOKAL de 17.3 puntos, diagnosticándose así leucemia mieloide crónica en fase crónica de alto riesgo. Se inició tratamiento de citoreducción, a la vez que se programó estudio medular con biopsia y cariograma, motivo por el cual fue trasladado a la unidad de paciente crítico. Evolucionó con ascenso de plaquetas mayores a 3 millones por lo que se realizó plaquetoféresis sin incidentes, llegando a 842 mil plaquetas post procedimiento. Por evolución clínica favorable y plaquetas en descenso, fue dado de alta con tratamiento citoreductor y seguimiento ambulatorio por hematología para resultado de biopsia y ajuste de tratamiento.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

Como ya se mencionó, la leucemia mieloide crónica puede debutar de distintas maneras, sin embargo, debemos saber que hay presentaciones atípicas como la hematuria vista en el caso, donde debemos tener alto índice de sospecha y apoyarnos en pruebas rutinarias que son de gran ayuda como el hemograma. Ante cualquier sangrado o síntoma consuntivo hay que sospechar leucemia.

### **PALABRAS CLAVE:**

Hematuria, Leucemia mieloide crónica, Neoplasia

## “Hemorragia subaracnoidea secundaria a malformación arteriovenosa pericallosa, reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Bastías Hernández Joaquín<sup>1</sup>, Cohen Chible León<sup>1</sup>, Gonzáles Gonzáles Javier<sup>1</sup>, Vásquez Escobar Marcelo<sup>1</sup>, Contreras Brandt Francisco<sup>2</sup>.

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

### **INTRODUCCIÓN**

La malformación arteriovenosa cerebral (MAV) corresponde a un conglomerado de múltiples estructuras vasculares anómalas con estructura de ovilla, capaces de establecer una comunicación anormal de las arterias y venas con el resto del sistema nervioso central (SNC). De etiología desconocida. La incidencia y prevalencia se desconoce con certeza, pero se estima una prevalencia de 15/100.000 con un riesgo de hemorragia de 1-4% anual por sí sola.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino con antecedentes de traumatismo encefalocraneano no secuelado 2010 y cefalea recurrente. Cursa con cuadro de cefalea ictal con episodio convulsivo de 1 minuto de duración. Evaluado en urgencias, a su ingreso se describió en Glasgow 10, además, presentó nuevos episodios convulsivos con caída de Glasgow a 7. Evaluado por neurocirugía con AngioTC de cerebro que evidencia hemorragia subaracnoidea(HSA) secundaria a MAV pericallosa derecha rota con vaciamiento tetra ventricular e hidrocefalia secundaria. Se instala drenaje ventricular externo. Controles posteriores con angiografía cerebral describen restos de MAV periventricular paraesplenica derecha rota, Spetzler 2, con pseudoaneurisma intranidal. Evaluaciones posteriores indican neurorehabilitación en centro de origen, posteriormente paciente se dio de alta con controles posteriores, ultima evaluación describe remanente secuelar hemosiderina, sin edema ni efecto de masa, sin nuevas lesiones, marcha sin apoyo, vigil, orientado y reactivo.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La tasa de detección de MAV es de 1,3/100.000 personas-año y MAV cerebrales son el 15% de todas las MAV. Siendo responsables del 1-8% de los eventos cerebrovasculares, con un ligero predominio del sexo masculino. Anatómicamente se presentan en cualquier lugar del SNC, pero se habla de una “frecuencia” de localización, siendo hemisféricas aprox 72%, fosa posterior 7%, intraventriculares

18% y otras un 3%. Para establecer pronóstico de morbimortalidad se usa la clasificación de Spletzer-Martin, siendo 2 uno de bajo riesgo. Por su parte, la HSA presenta altas tasas de mortalidad. Se estima que entre un 27 y un 45% de los pacientes fallecen en el hospital.

Resulta de suma pertinencia el conocimiento de las causas de hemorragia subaracnoidea, sospechándolas en pacientes con escasos factores de riesgo, recae la importancia del médico de urgencias y la derivación pertinente a especialidad.

### **PALABRAS CLAVES**

Hemorragia subaracnoidea, Hidrocefalia, Malformación arteriovenosa.

## “Hernia gigante con pérdida de domicilio en paciente obesa mórbida, manejo y pronóstico, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Cifuentes González Benjamín<sup>1</sup>, Arroyo Flores Loreto<sup>2</sup>, Bolomey Leiva Catalina<sup>2</sup>, Contreras Prado Valentina<sup>2</sup>, Hernández Jara Natalia<sup>2</sup>, Aravena Gallegos Pablo<sup>3</sup>

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

### **INTRODUCCIÓN**

Las hernias abdominales se definen como la salida de órgano intraabdominal fuera de esta cavidad, por un orificio natural o zona debilitada de la pared. Una hernia abdominal gigante con perdido de domicilio es aquella donde más del 50 % del contenido de la cavidad abdominal se encuentra fuera de la misma. Dentro de los factores de riesgo destacan condiciones que aumenten la presión intraabdominal, siendo la obesidad un factor etiológico de alta prevalencia.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina 56 años, antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, con índice de masa corporal de 40, consulta por cuadro de aumento de volumen nivel ventral de larga data, asociado a disnea en decúbito supino y sensación de saciedad precoz, examen físico destaca gran aumento volumen tercio superior del abdomen, se palpa gran defecto de pared sin signos de complicación. Trae ecografía abdominal donde se informa hernia abdominal de 20x20 centímetros, con contenido de epiplón, intestino delgado, parte del hígado, estómago y páncreas. Posterior realización de exámenes preoperatorias, se decide manejo con Técnica de Goñi, con neumoperitoneo preoperatorio y la inyección de toxina botulínica, se realizó corrección del defecto abdominal, logrando la reparación del defecto, paciente evoluciona de manera favorable, sin desarrollo de síndrome compartimental.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La reparación de hernias con pérdida de domicilio puede conllevar diversos problemas fisiopatológicos graves, como el síndrome compartimental abdominal. En 1940, Goñi Moreno publicó por primera vez la realización del neumoperitoneo preoperatorio progresivo para el tratamiento de las grandes hernias, técnica que se ha ido perfeccionando y apoyando de técnicas adyuvantes, como la utilización de toxina botulínica A para generar la parálisis de los músculos abdominales y permitir la reintroducción atraumática de las vísceras abdominales. Su uso de manera combinada ha demostrado disminución de las complicaciones intra y post operatorias, disminuyendo la tasa de recidiva y síndrome compartimental.

### **PALABRAS CLAVES**

Hernia abdominal, Neumoperitoneo, Obesidad

## “Herpes zóster visceral como diagnóstico diferencial de abdomen agudo”

**Autores y tutores:** Silva Vergara Soffa<sup>1</sup>, Queirolo Campos Javiera<sup>1</sup>, Rojas Contreras Catalina<sup>1</sup>, Martínez González Francisco<sup>1</sup>, Parada García Valentina<sup>1</sup>, Rapimán González Andrea<sup>2</sup>

1. Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae
2. Médico Cirujano, Docente Universidad Finis Terrae

### **INTRODUCCIÓN**

Un 95% de la población presenta infección de varicela zoster latente, de los cuales 1/3 va a manifestar la infección. Algunos factores de riesgo para la reactivación del virus son estados de inmunosupresión, enfermedades crónicas, estrés psicológico y depresión. Este cuadro presenta dolor neural, prurito y lesiones vesicales que respetan un dermatoma. Mas, hay casos en los que no aparecen simultáneamente, como el herpes sine herpette (HZSH) que puede dificultar su diagnóstico.

### **PRESENTACION DE CASO**

Mujer de 22 años, consulta por 2 días de dolor en flanco y fosa iliaca derecha, EVA 8/10, con compromiso de estado general. Refiere episodio de estrés hace 5 días. Sin alteraciones cutáneas, dolor a la palpación profunda de cuadrante inferior derecho, Blumberg esbozado. Sin alteraciones de laboratorio ni ecográficas. Manejo: Paracetamol EV, disminuyendo el dolor a EVA 5/10. Se diagnostica HZSH y se indica Valaciclovir por 7 días, Pregabalina y Paracetamol SOS. Luego de 10 días, aparece dolor y prurito refractario a tratamiento. Se observan vesículas en dermatoma T11 derecho, respetando línea media, con signos de grataje.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El herpes zóster suele ser de fácil diagnóstico por sus signos cutáneos. Sin embargo, la afectación visceral puede presentarse antes, o incluso sin clínica cutánea, dificultando su diagnóstico. Es importante considerarlo diagnóstico diferencial en dolor abdominal agudo, ya que el dolor profundo puede ser por infección visceral de varicela zóster, que puede comprometer la vida si no se pesquisa a tiempo, llevando a necrosis intestinal, u otras complicaciones.

### **PALABRAS CLAVES**

Abdomen Agudo; Diagnóstico Diferencial; Herpes Zóster

## Hidrotórax hepático, una complicación inusual en pacientes con daño hepático crónico: Reporte de caso.

**Autores y tutores:** Jara Reyes Rodrigo<sup>1</sup>, Guajardo Álvarez Camila<sup>1</sup>, Salinas Castillo Masiel<sup>1</sup>, Sotelo Alborno Catalina<sup>1</sup>, Valderrama Navarro Bastián<sup>1</sup>, Barrientos Verdugo José<sup>2</sup>.

1. Interno(a) de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule
2. Cirujano de tórax, Hospital Regional de Talca. Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule

### **INTRODUCCIÓN**

El hidrotórax hepático (HH) corresponde a una complicación secundaria a la ascitis producida por daño hepático crónico (DHC). Se fundamenta en el paso de líquido desde la cavidad abdominal hacia la pleural, generando una ocupación pleural de líquido tipo trasudado. Hasta un 50% de pacientes con DHC presentan ascitis, de estos, de 5 a un 10% presentan HH. Este caso clínico tiene como fin exponer un HH con líquido tipo exudado.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina con antecedentes de hipertensión arterial, DHC Child C. Consultó por cuadro clínico de tres días de evolución caracterizado por disnea progresiva hasta reposo, sensación febril sin cuantificación de temperatura y tos con expectoración. Fue evaluada en urgencias polipneica, saturación 94% ambiental, febril 38.3°C, murmullo pulmonar abolido a derecha, en laboratorio destacaba parámetros inflamatorios elevados. Tomografía computarizada de tórax mostró derrame pleural derecho, se realizó toracocentesis y se extrajeron 1.000 cc de líquido pleural de aspecto turbio, color amarillo, GR 25-50, GB 25-50, recuento de leucocitos 4359, polimorfonucleares 88%, glucosa 77.6, proteínas 1.718, pH 7.33. Se inició antibioticoterapia de primera línea. Debido a estudio de líquido pleural asociado a cultivo negativo en contexto de hidrotórax hepático, se manejó cuadro como empiema bacteriano espontáneo, completó tratamiento antibiótico por 8 días, con adecuada respuesta.

el manejo requiere de una orientación diagnóstica a través de una toracocentesis, además de una alta sospecha diagnóstica.

### **PALABRAS CLAVES**

Cirrosis hepática, Líquido ascítico, Hidrotórax

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Dado que el manejo definitivo del HH es el trasplante, el manejo conservador previo mediante diuréticos y restricción de sodio, toma mayor preponderancia. Se inicia posterior a una toracocentesis cuyos resultados guíen al trasudado, lo cual no ocurrió en este caso, a priori. En este caso, se manejó con antibióticos dada la alta sospecha de complicación bacteriana, respondiendo clínicamente a pesar de presentar cultivo negativo. Es por esto que

## “Hiperparatiroidismo secundario en contexto de enfermedad renal crónica, reporte de caso ”

**Autores y tutores:** Maldonado Donoso Constanza<sup>2</sup>, Toloza Aravena Erika<sup>2</sup>, Donoso Castro Constanza<sup>2</sup>, Casanova Manríquez Loreto<sup>1</sup>, Mora Molina Andrea<sup>1</sup>

1. Medico cirujano, Cefam Carlos Trupp, Talca.
2. Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca.

### **INTRODUCCIÓN**

El hiperparatiroidismo secundario es un estado reversible relacionado con una secreción excesiva de PTH por unas glándulas paratiroides hiperplásicas, a consecuencia de la disminución del transporte de iones de calcio a las células paratiroides, lo cual está relacionado a la deficiencia de vitamina D activada, la enfermedad renal crónica, una enfermedad cada vez más prevalente en Chile, es una etiología de esta patología.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, nefropatía bilateral, daño hepático crónico por consumo de alcohol Child Pugh B, hipercalcemia tratada con ácido zoledrónico. Acude a urgencias derivado de gastroenterólogo por hipercalcemia de 11.6 mg/dL, y cuadro de encefalopatía hepática caracterizada por bradipsiquia, bradilalia, labilidad emocional, inversión del ciclo circadiano. Al examen físico signos vitales normales, buenas condiciones generales, afebril, cooperador. Bradipsiquia, bradilalia, orientado en tiempo, espacio y persona, glasgow 15/15, abdomen blando, depresible e indoloro, con ascitis leve y extremidades sin edema. Exámenes de laboratorio, bilirrubina total 3.18 mg/dL, bilirrubina directa 1.87 mg/dL, creatinina 1.9 mg/dL (valor anterior 1.6 mg/dL), velocidad filtración glomerular 37.8 ml/min, y calcio corregido 9.9 mg/dL. Valor anterior de paratohormona 111.4 pg/mL. Se indicó suero fisiológico 100 ml/hora, furosemida 40 mg cada 12 horas EV, espironolactona 100 mg/día VO, 1 dosis de ácido zoledrónico 4 mg, lactulosa 30 cc cada 6 horas VO, omeprazol 40 mg/día EV.

Con el aumento inicial del calcio, más el incremento anterior de la PTH, la primera sospecha diagnóstica fué un hiperparatiroidismo primario, pero al medir nuevamente los parámetros en sangre, el calcio resultó dentro del parámetro normal, por lo que debido a la enfermedad renal crónica concomitante a nefropatía bilateral, se postula el diferencial de hiperparatiroidismo secundario a esta . El paciente

queda hospitalizado para manejo y estudio etiológico.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Se puede presentar de diversas maneras, desde pacientes asintomáticos hasta con complicaciones clínicas graves. Su principal causa de muerte es el adenoma paratiroideo. Se cree que afecta aproximadamente al 1% de la población general con mayor prevalencia en adultos mayores y mujeres post menopáusicas.

Según la encuesta nacional de salud 2009-2010 la prevalencia de ERC era de 2.7% y en la del periodo 2016-2017 aumentó a 3% . Siendo esta patología, la etiología más frecuente de hiperparatiroidismo secundario y al observar el aumento estadístico de su prevalencia nacional, es necesario comprender el desbalance de la homeostasis del calcio y fósforo, las diferencias entre hiperparatiroidismo primario y secundario, y la implicancia de la enfermedad renal crónica en esta enfermedad.

### **PALABRAS CLAVES**

Hiperparatiroidismo secundario, enfermedad renal crónica, homeostasis

## “Hipofisitis asociada a inhibidores de PD-1. Reporte de caso”

**Autores y tutores:** Mella Pinela Juan<sup>1</sup>, Luna Henríquez Sebastián<sup>1</sup>, Henríquez Lopes De Araújo Ana<sup>1</sup>, Fernández Osses Sebastián<sup>1</sup>, Madrid Cifuentes Bastián<sup>1</sup>, Espinoza Silva Juan<sup>2</sup>.

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

### **INTRODUCCIÓN**

El hipopituitarismo se refiere a la disminución de la secreción de hormonas hipofisarias, que resulta de patologías que afecten a la hipófisis o el hipotálamo. Las manifestaciones clínicas dependen de la causa, el tipo y grado de insuficiencia hormonal. Dentro de las afecciones que pueden causar este cuadro, se encuentran en patologías tumorales, infecciones, exposición a radioterapia, traumas craneoencefálicos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades infiltrativas, inflamatorias o fármacos, las cuales pueden llegar a provocar una hipofisitis.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

El caso clínico corresponde a una paciente de 49 años con antecedente de melanoma en el pie izquierdo con metástasis ganglionar inguinal, resecado quirúrgicamente y tratada Nivolumab. Consulta en el servicio de urgencias por cuadro de 1 semana de vómitos, fatiga y cefalea, donde se realizó el manejo y estudio inicial y fue ingresada como un cuadro de cetoacidosis diabética. Se realizó estudio de patologías de carácter endocrinológico, donde destacaba un hipocortisolismo, hipotiroidismo e hipogonadismo secundario, con sospecha de una hipofisitis asociado a inmunoterapia. El estudio se complementó con resonancia magnética de silla turca con contraste, compatible con hipofisitis.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La hipofisitis puede ser provocada como efecto adverso medicamentoso al usar inmunoterapia anti-linfocitos T, siendo una causa poco frecuente, pero de la cual se tiene registros. Otras endocrinopatías que se han descrito como reacciones adversas al uso de inmunoterapia son alteraciones tiroideas, suprarrenales y diabetes mellitus tipo 1.

El diagnóstico de hipofisitis a menudo se respalda radiográficamente por el realce y la inflamación de la glándula pituitaria en la resonancia magnética de silla turca. Respecto al tratamiento, en la mayoría de los pacientes, es necesaria la suplementación a largo plazo de las hormonas afectadas.

Este cuadro clínico puede presentarse debido a diversas causas, por lo que es fundamental una

adecuada anamnesis y examen físico para sospechar el diagnóstico y proporcionar un tratamiento apropiado.

### **PALABRAS CLAVES**

Panhipopituitarismo, Hipofisitis, Inmunoterapia, Nivolumab.

## Hipofisitis granulomatosa, un caso de panhipopituitarismo por granulomatosis con poliangeítis

**Autores y tutores:** Rivera Sandoval Joshef<sup>1</sup>, Soto González Juan Pablo<sup>1</sup>, Sepúlveda Méndez Sebastián<sup>1</sup>, Vega Quintana Valentina<sup>2</sup>, Guarda Garrido Leocan<sup>3</sup>

1. Interno de medicina Universidad de Concepción
2. Alumna de medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción
3. Médico cirujano, Residente de medicina interna, Hospital las Higueras de Talcahuano, Talcahuano.

### **INTRODUCCIÓN**

La granulomatosis con poliangeítis, es una vasculitis granulomatosa necrotizante multisistémica con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (c-ANCA) positivos. Las manifestaciones más frecuentes son inflamación de mucosa oral y nasal, de compromiso pulmonar y renal. Casos raros pueden presentarse como un Panhipopituitarismo, con clínica diversa y desafiante. La importancia del caso radica en aumentar los posibles diagnósticos diferenciales y orientar el estudio inicial óptimamente.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 27 años, con antecedentes de rinitis crónica, cursa en abril/2022 con episodios de cefalea holocraneal, opresiva, ENA 8/10, asociado a fotofobia, fonofobia, náuseas y vómitos, por lo que consulta en reiteradas oportunidades en servicio de urgencia, pero persiste con episodios de difícil manejo, por esto decide consultar con neurólogo a quien refiere, además, síntomas de irregularidad menstrual. Se solicita RM de cerebro que evidencia lesión intraselar de 2x1x1cms que contacta con quiasma óptico e hipófisis. Es referida a endocrinólogo, se solicita estudio hormonal además de RM de silla turca, que evidencia aumento de volumen hipofisario de 14mm con realce hipocaptante, de aspecto inflamatorio vs infeccioso. En este contexto se hospitaliza para completar estudio y descartar causas inmunológicas e infecciosas. Destaca IFI-ANCA (+), Cortisol AM 1.6, TSH 0.06 y FSH 3. Por lo que se inicia terapia con inmunosupresores por Vasculitis ANCA (+) y Panhipopituitarismo concomitante. Se obtiene Consentimiento informado en control ambulatorio.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En un estudio realizado en "Hospital de la amistad China-Japón" entre 2009-2019 informó sobre 150 pacientes con vasculitis asociada a ANCA (AAV), se destacó que solo un 2% experimentó compromiso pituitario. Estos casos se manejaron con corticoides e inmunosupresión, como se ilustra en el caso

presentado. Sin embargo, se señala que esta patología puede manifestarse de manera agresiva, con informes de casos que presentaron una falla hipofisiaria aguda y desenlaces fatales en tan solo 6 meses. Como conclusión se busca destacar que las manifestaciones clínicas del hipopituitarismo pueden variar ampliamente, desde pacientes asintomáticos hasta aquellos con síntomas relacionados con la deficiencia hormonal aguda, lesiones en masa o síntomas inespecíficos como fatiga. A pesar de los desafíos en su manejo, se recomienda un enfoque integral y multidisciplinario, con prontitud y orientado a prevenir complicaciones.

### **PALABRAS CLAVES**

Hipofisitis, Hipopituitarismo, Vasculitis Asociada a Anticuerpos Citoplasmáticos Anti-neutrófilos

## “Hipotensión Ortostática como manifestación clínica de Ataxia espinocerebelosa hereditaria de Friedreich de inicio tardío, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Muñoz Luna Valentín<sup>1</sup>, Salvadores Viertel Paula<sup>1</sup>, Latorre Medina Catalina<sup>1</sup>, Moesicke Pichicón Camila<sup>1</sup>, Nova Quiroz Luis<sup>1</sup>, González Amigo Jennifer<sup>2</sup>

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

### **INTRODUCCIÓN:**

La Ataxia de Friedreich (AF) es una enfermedad neurodegenerativa autosómica recesiva con compromiso multisistémico, poco frecuente con una prevalencia estimada entre 1-2 casos por 100.000 habitantes. La sintomatología se caracteriza tanto por afectación neurológica a nivel central y periférico, como no neurológica (menor del 10%) que incluye compromiso cardíaco, endocrino y musculoesquelético.

### **PRESENTACION DE CASO:**

Masculino de 61 años con antecedente de colecistectomía, acude a servicio de urgencias por episodio de síncope asociado al cambio de sedestación a bipedestación, con posterior inestabilidad, visión borrosa y parestesia en MMII al recuperar conciencia. Refiere episodios previos de similares características. Al ingreso hemodinámicamente estable, afebril, sin requerimientos de oxígeno. Al examen físico cardiopulmonar normal, abdomen normal, sin edema periférico. Al examen neurológico destaca ataxia de la marcha con amiotrofia de músculos distales, paresia de dorsiflexión de pie y extensores de los dedos, pérdida sensitiva y alteración del reflejo plantar, dismetría índice/nariz y talón/rodilla, sin nistagmus, ni alteraciones de motilidad ocular. Se solicitan exámenes complementarios

- TAC cerebro sin contraste: sin hallazgos patológicos.
- RMN cerebro: sin hallazgos de carácter patológico
- RMN lumbar: sin hallazgos patológicos.

Se descarta compromiso cardíaco con ecocardiograma y holter de ecg.

Se realiza test de ortostatismo donde se objetiva baja de presión 120/75 acostado y 78/53 de pie. Se mantiene con presión arterial baja pero PAM >65. I

Impresiona síncope por ortostatismo probable disautonomía asociada.

Es evaluado por neurología quien impresiona cuadro compatible con AF de presentación tardía.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

En la AF es causada por la expansión anormal de repeticiones GAA en el gen FXN, produciendo una reducción en los niveles de la proteína frataxina, que genera un mal funcionamiento mitocondrial por acumulación de hierro. El fenotipo clásico de AF suele comenzar antes de los 25 años, pero también tiene una presentación tardía, incluso sobre 60 años. Su síntoma principal, la ataxia, es resultado de una disfunción combinada del cerebelo, los cordones posteriores y los tractos espinocerebelosos de la médula espinal y los nervios periféricos. El diagnóstico se realiza mediante estudio genético. El manejo es multidisciplinario, orientado a aminorar los síntomas, prevenir complicaciones.

### **PALABRAS CLAVE:**

Friedreich – Ataxia - Hipotensión

## Incontinencia urinaria de esfuerzo en el hombre y su tratamiento con esfínter artificial: A propósito de un caso.

**Autores y tutores:** Gárate Ortega Sebastián<sup>1</sup>, Bravo Volante Camila<sup>2</sup>, Abarca Salinas Benjamín<sup>1</sup>, Saavedra Fuentes Francisca<sup>1</sup>, Espinoza Silva Macarena<sup>1</sup>, Durán García Luis<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Residente de Urología, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

Chile presenta una prevalencia de incontinencia urinaria (IU) del 12,1% en los adultos mayores, siendo más frecuente en mujeres. La IU genera un gran impacto en la calidad de vida del paciente. En el hombre la prostatectomía radical (PR) es una intervención que puede generar IU, ya sea temporal o en algunos casos permanente y va a requerir un tratamiento específico; desde medidas generales a colocación de un esfínter artificial. El objetivo de este caso es presentar el manejo quirúrgico de la IU en el hombre post PR mediante esfínter artificial.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión, dislipidemia y cáncer de próstata operado el año 2021 con PR asistida por robot en Hospital DIPRECA. Posterior a intervención comienza con cuadro de incontinencia urinaria de esfuerzo, asociado a poliuria, nicturia y goteo terminal. Se realiza urodinamia que evidencia vejiga hiperactiva con urgeincontinencia e incontinencia urinaria de esfuerzo. En diciembre del 2022 se realiza tratamiento con botox intravesical con nula respuesta. En comité de Urología se decide instalar esfínter artificial ajustable VICTO, posterior a la cirugía el paciente es dado de alta 48 hrs post intervención con control en una semana para ajuste del esfínter. Actualmente el paciente usa de 1 a 2 pads diarios para incontinencia y se mantiene en controles con Urología.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La incontinencia urinaria puede ser una de las complicaciones en relación a una PR, puede ser transitoria, pero en otros casos requiere un tratamiento invasivo. El VICTO es un esfínter artificial ajustable el cual posee un reservorio y una bomba que se ubica en la bolsa escrotal, la que al activarla permite la micción. Su uso requiere que el paciente posea destrezas manuales para activarlo. La IU tiene diversos tratamientos y la implementación del esfínter artificial no debe considerarse como

última línea. Es importante advertir al paciente debido a que ningún tratamiento contra la IU genera una continencia del 100%. El objetivo de la cirugía es conseguir continencia social y un uso de pads de incontinencia de 1 a 2 por día, mejorando de esa forma la calidad de vida del paciente.

### **PALABRAS CLAVES**

Complicaciones Posoperatorias, Esfínter Urinario Artificial, Incontinencia Urinaria.

## “Infarto de miocardio masivo en paciente joven, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** González González Javier<sup>1</sup>, Vásquez Escobar Marcelo<sup>1</sup>, Pino Díaz Alejandra<sup>1</sup>, Kuramochi Hellwig Kai<sup>1</sup>, Orrego Salazar Paz<sup>2</sup>, Ramírez Huentenao Jorge<sup>3</sup>

1. Interno (a) de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco
3. Médico Cirujano

### **INTRODUCCIÓN**

El infarto agudo de miocardio (IAM), es la necrosis o muerte del miocardio producto de obstrucción del flujo sanguíneo a las arterias coronarias comprometiendo una o varias zonas del miocardio. Epidemiológicamente ocurre un aumento de la incidencia a medida que aumenta la edad.

### **PRESENTACION DE CASO**

Paciente femenino 26 años, antecedentes tabaquismo y obesidad. Consulta en urgencias por cuadro de 3 días de dolor precordial y clínica de pericarditis. Electrocardiograma informa supradesnivel del segmento ST (SDST) difuso interpretado como miopericarditis. Al persistir la sintomatología con cambios del electrocardiograma dados por SDST en pared anterior ingresa para estudio coronario sospechando IAM. Paciente presentó disección extensa de arteria descendente anterior y flujo TIMI-1. Electrocardiograma visualiza onda QS anterior extensa en D1, AVL, V1-V6 e imagen especular en pared inferior. Ecocardiografía informa ventrículo izquierdo (VI) con hipokinesia total de pared septal y anterior, de los segmentos medio y apical de pared lateral y disfunción sistólica severa, fracción de eyección VI de 18-20%. Posterior resolución de cuadro agudo se solicita a paciente consentimiento para reporte de su caso clínico al cual accede.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Un estudio nacional, evidenció entre 2008-2016 incidencia promedio en menores de 45 años de 7,39 casos por 100.000 habitantes; entre los 45-54 años: 100,2; entre los 55-64 años: 202,8; entre los 65-74 años: 353,9 y en >74 años: 636,14. Entendiendo que, a mayor edad, mayor sospecha. Entre los 18-44 años se debe manejar los factores de riesgo cardiovascular modificables, siendo estos tabaquismo (56,8%), dislipidemia (51,7%) y HTA (49,8%). Aunque la patología coronaria de presentación temprana

involucra componentes genéticos el aumento de la prevalencia de factores de riesgos principalmente dados por el estilo de vida de occidental resulta en aumento de pacientes que presentan eventos isquémicos agudos, además de disminución de edad de presentación, generando que día a día el personal clínico deba pesquisar más exhaustivamente dicha patología lo que se evidencia por ejemplo en el aumento del uso de troponinas u otros métodos diagnósticos los cuales deberán seguir masificándose en pro de realizar un diagnóstico oportuno.

### **PALABRAS CLAVE**

Disección Arterial Coronaria, Dolor Toracico, Infarto Al Miocardio

# “Infarto hemisférico maligno de la arteria cerebral media y respuesta terapéutica a la hemicraniectomía descompresiva. A propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Bolomey Leiva Catalina<sup>1</sup>, Flores López Prissila<sup>1</sup>, Kuramochi Hellwig Kai<sup>1</sup>, Jara Cocio Luz<sup>1</sup>, Gonzales Largo Daniela<sup>2</sup>

1. Interno/a medicina. Universidad Mayor, Sede Temuco, Región de la Araucanía, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad de Concepción. Neuróloga, Universidad de Chile.

## **INTRODUCCIÓN**

Hasta un 30% de los pacientes se deterioran neurológicamente después de un infarto cerebral agudo. El efecto de masa es una complicación que se produce en pacientes con oclusión de la arteria cerebral media (ACM), conociéndose también como infarto maligno, el cual tiene una mortalidad de hasta el 80%. En este contexto la craniectomía descompresiva surge como alternativa terapéutica eficaz

## **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente masculino de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino requiriente y tabaquismo, consulta en el servicio de urgencia por hemiparesia braquiocrural derecha que evoluciona rápidamente con compromiso de conciencia. En el examen físico destaca Glasgow 7, por lo que se protegió vía aérea y se realizó una tomografía computarizada (TC) que evidencia elementos de infarto en territorio superficial y profundo de ACM izquierda. La angiotomografía computarizada cerebral mostró oclusión del segmento M1 izquierdo con contenido tromboembólico denso y extensión a ramas M2, además de escasa representación de ramas distales. Se presenta a radiólogo intervencional, quien indica que paciente se encuentra fuera del alcance terapéutico. Por deterioro clínico se realizó nueva TC cerebral en donde impresionó mayor efecto de masa sobre el cuerno frontal, por lo que se realizó hemicraniectomía descompresiva y se insertó la calota en flanco abdominal izquierdo. Evoluciona favorablemente sin nueva focalidad neurológica.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El infarto hemisférico maligno hasta hace pocos años era considerado una entidad fatal debido a su alta tasa de mortalidad, sin embargo, la hemicraniectomía descompresiva surge como una alternativa terapéutica eficaz frente al manejo médico conservador, reduciendo la mortalidad hasta en un 15-40% mejorando incluso los resultados funcionales del paciente. En este caso, la evaluación y procedimiento oportuno le permitieron evitar una herniación cerebral la cual pudo haber tenido efectos devastadores en la morbimortalidad del paciente.

## **PALABRAS CLAVE**

Descompresivo, Hemicraniectomía, Infarto

## “Infarto pulmonar como presentación de neumonía que no responde a tratamiento”

**Autores y tutores:** Vergara Rodríguez Vanessa<sup>1</sup>, Muñoz Cofré Javier<sup>1</sup>, González Riquelme Felipe<sup>2</sup>, Chaaban Díaz Amany<sup>1</sup>, Gallardo Hola Martín<sup>1</sup>, Eltit Sabureau Michelle<sup>3</sup>

1. Interno de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile
2. Interno de Medicina Universidad de los Andes, Santiago de Chile
3. Médico cirujano CESFAM Granja Sur, Santiago de Chile

### **INTRODUCCIÓN**

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección del parénquima pulmonar la cual tratada de forma correcta evoluciona con buena respuesta tanto clínica como imagenológicamente en los primeros 3 a 5 días de tratamiento empírico. Uno de los desafíos de la medicina es la neumonía que no responde a tratamiento (NNRT), su incidencia oscila entre 13 y 18%. Ocurre principalmente en pacientes hospitalizados aumentando su morbimortalidad. Se deben considerar diversas causas tanto infecciosas como no infecciosas. Dentro de las infecciosas considerar un microorganismo resistente, tratamiento inadecuado o una complicación asociada como empiema, absceso o cavitación. Por otro lado, en las no infecciosas se debe tener en cuenta tromboembolismo pulmonar (TEP), vasculitis y neoplasia.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 66 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Consulta en servicio de urgencias por disnea en reposo de 7 días de evolución asociado a tos con expectoración mucopurulenta y tope inspiratorio. Ingresa somnolienta, afebril, taquipneica, saturando 63% ambiental. Al examen físico destacan crépitos bibasales, roncus y sibilancias difusas. En el laboratorio presenta leucocitos 21.700, PCR 232 mg/L, Sars-CoV2, Influenza A/B y Antígeno neumococo orina negativos. Se solicita una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, en donde se observa neumonía multifocal. Se maneja con corticoides sistémicos, broncodilatadores y antibióticos endovenosos, a pesar de ello evoluciona tórpidamente. Se escala en esquema antibiótico de amplio espectro, sin mejoría clínica ni de laboratorio. Finalmente, se realiza Angio-TAC tórax que evidencia TEP multisegmentario bilateral e infartos pulmonares, se inicia manejo con anticoagulación con buena respuesta clínica.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En el caso descrito, se presenta un paciente con una clínica clásica de una NAC, la cual evoluciona tórpidamente a pesar de un manejo adecuado. Por este motivo, se decide ampliar el estudio en busca de otras posibles causas, realizando finalmente el diagnóstico de un infarto pulmonar sobreinfectado. Se demuestra la importancia de la sospecha temprana de este problema, con el fin de solicitar estudios más específicos y acelerar el diagnóstico evitando un mayor morbilidad.

### **PALABRAS CLAVES**

Infarto Pulmonar, Insuficiencia del Tratamiento, Neumonía

# Insuficiencia renal aguda secundaria a obstrucción ureteral bilateral: Resolución quirúrgica de un cálculo vesical difícil

**Autores y tutores:** Gadir Hassan González<sup>1</sup>, Nicolás Craig Gomez<sup>1</sup>, Constanza Contreras Frederick<sup>1</sup>, Israel Roblero Lobos<sup>1</sup>, Eduardo Canteros Campillay<sup>1</sup>, Renato Navarro Capone<sup>2</sup>

1. Interno/a Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal aguda (IRA) se define como la disminución brusca de la velocidad de filtración glomerular. Esta patología está asociada a complicaciones severas como alteraciones ácido-base, hidroelectrolíticas, retención de productos urémicos, entre otras. Es una patología prevalente y de gran morbimortalidad, siendo causa de un 5 a 20% de los ingresos hospitalarios y está presente en el 60% de los pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI). Dentro de sus etiologías, la causa obstructiva o post-renal, da cuenta de un 17% de los casos, dentro de los cuales la cistolitiasis forma parte. Su incidencia, gravedad y diferentes métodos de abordaje hacen de esta patología relevante para la urología y la medicina en general. En este contexto es importante dar énfasis al tratamiento oportuno, más aún en casos severos, y disminuir el riesgo de complicaciones o la muerte.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente transgénero femenino de 63 años con antecedente de HTA, cursando cuadro de hemorragia digestiva alta (HDA), que requiere transfusión de glóbulos rojos, e IRA con creatinina de ingreso en 1.71 mg/dL. Se realiza TAC-TAP que muestra neumoperitoneo, úlcera gástrica perforada, además de pared vesical engrosada y cálculo vesical “gigante” de 8.9 cm de diámetro. Dado gravedad es sometida a laparotomía exploradora encontrando gran cantidad de líquido peritoneal con cultivo (+) para *Candida Albicans*. Tras la cirugía evoluciona con PCR en 576.5 mg/dL y creatinina en 4.9 mg/dL. Nefrología inicia antibioterapia con imipenem y vancomicina más anidulafungina. Al 5to día se somete a nueva laparotomía más cistorrafia para resolución de cistolitiasis interpretándose como causa de la insuficiencia renal por sobre la HDA. Se logra visualización de cistolitiasis y se fragmenta con martillo y cinzel logrando extracción. Se realiza cultivo intraoperatorio que resulta (+) para *Proteus Mirabilis*. Infectología ajusta tratamiento a fluconazol y tazanam. TAC-TAP de control con cálculo intravesical resuelto.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Paciente se somete a laparotomía más cistorrafia por gran tamaño de cistolitiasis, falla renal asociada, cuadro séptico y beneficios de la técnica (como la posibilidad de toma de cultivos, fragmentación del cálculo, extracción directa y exploración de compromiso de órganos vecinos). Esta técnica se utiliza solo en el 1% de los casos, usada para resolución de litiasis de gran tamaño que no permiten técnicas menos invasivas y de menor morbimortalidad. Esta técnica, por ende, es poco frecuente dentro de una patología muy frecuente como la IRA. En resumen, la cistorrafia vía laparotomía puede ser de utilidad en cuadros litiasicos de difícil manejo. Útil en casos graves como el expuesto y litiasis de gran tamaño de lo contrario, siempre se privilegiará las técnicas mínimamente invasivas.

## PALABRAS CLAVE

Cistorrafia, Insuficiencia renal, Urolitiasis.

## Lesión incidental de uréter y vejiga en cirugía oncológica por carcinosarcoma uterino: A propósito de un caso.

**Autores y tutores:** Gárate Ortega Sebastián<sup>1</sup>, Bravo Volante Camila<sup>2</sup>, Araya Miranda Paulina<sup>1</sup>, Vilches Lagos Felipe<sup>1</sup>, González Ponce Nicolás<sup>1</sup>, Durán García Luis<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Residente de Urología, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

Las complicaciones asociadas a cirugía ginecológica varían entre el 0,2 al 26%. Las complicaciones más frecuentes son el daño a la vejiga, recto, uréteres y grandes vasos. Las lesiones vesicales o uretrales son más frecuentes en cirugía oncológica. Más del 75% de las lesiones uretrales son debidas a cirugía ginecológica, más del 70% por histerectomías abdominales. El factor más importante que determina el éxito en su tratamiento es su reconocimiento precoz. El objetivo de este caso clínico es presentar el manejo de una complicación intraoperatoria en una cirugía oncoginecológica.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años, con antecedente de 3 cesáreas, debido a sangrados post menopáusicos se realiza ecografía ginecológica que evidenció un engrosamiento endometrial de 40,6 mm. Biopsia muestra un adenocarcinoma endometrioide moderadamente diferenciado G2. En tomografía axial computarizada se observan numerosas lesiones focales hipodensas intraparenquimatosas asociado a adenopatías endopélvicas bilaterales a nivel obturatriz. Ingresa a Hospital Regional de Rancagua para histerectomía radical PIVER 1 más salpingooforectomía bilateral con resección de territorios ganglionares lumbos aórticos. Se realiza sección de ligamentos redondos e infundíbulo-pélvicos, al realizar sección de parametrios se evidencia lesión de uréter izquierdo. Biopsia rápida evidencia un carcinosarcoma uterino con compromiso del cuello. Se produce lesión de vejiga al realizar disección del cuello cervical. Equipo de Urología realiza anastomosis termino-terminal de uréter y cistorrafia e instalación de catéter doble J. Actualmente se mantiene hospitalizada con evaluaciones diarias por parte de Ginecología y Urología hasta alta médica.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los carcinosarcomas uterinos pueden presentarse con un compromiso extenso de la zona pélvica lo que dificulta el abordaje quirúrgico. Lo importante es

tener esas complicaciones en cuenta y evaluar siempre el uréter. Ante la sospecha de lesión ureteral o vesical es necesario comprobarla con inyección intravenosa de índigo carmín o instalación de azul de metileno de forma retrógrada por sonda uretral. En caso de detectar lesión esta requiere resolución urgente ya que su pronóstico dependerá del momento en que se realice. Debido a lo anterior es necesario tener especial cuidado al momento de realizar este tipo de cirugías y saber de forma precisa la anatomía y su estado en la zona quirúrgica

### PALABRAS CLAVES

Carcinosarcoma, Complicaciones intraoperatorias, lesión ureteral.

## “Leucemia Mieloide Crónica en paciente pediátrico. Reporte de caso”

**Autores y tutores:** Ignacio Valdés Arroyo<sup>1</sup>, Siam Díaz Araya<sup>1</sup>; María Vergara Betanzo<sup>2</sup>

1. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián.
2. Médico Pediatra, CESFAM La Granja.

### **INTRODUCCIÓN**

La leucemia mieloide crónica (LMC) es una enfermedad que afecta a las células madre hematopoyéticas y su patogénesis se basa en la aberración genética del cromosoma Filadelfia. Aunque esta patología es extremadamente rara en las primeras décadas de la vida, representando del 2 % al 3 % de las leucemias en niños y adolescentes, se estima una incidencia global de 0,7 por millón de niños. Desafortunadamente, en Chile no existen datos actualizados sobre su incidencia. A pesar de compartir características biológicas con la LMC en adultos, la presentación clínica en pacientes pediátricos es notablemente diferente.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Presentamos el caso de un escolar de 13 años, sin antecedentes médicos relevantes, que experimentó una pérdida de peso no cuantificada durante los últimos 6 meses. El paciente comenzó a presentar fiebre intermitente con picos de hasta 40 °C, rinorrea y distensión abdominal. Se solicitó como estudio inicial un hemograma y ecografía abdominal. En cuanto al primero destaca Hb 8.9 gr/dL, HTO 27.3 %, Leucocitos 117.600 xmm<sup>3</sup>, plaquetas 529.000 x mm, eritrocitos con anisocitosis leve, segmentados 26 %, blastos 8%. La ecografía abdominal da cuenta de esplenomegalia de 25 cm, ocupa prácticamente el hemiabdomen izquierdo y alcanzando contorno superior de la vejiga, y cruza la línea media, ecogenicidad homogénea, sin lesiones focales.

Se deriva a servicio de urgencia hospitalario donde se solicitan mielograma, inmunofenotipo y estudio de biología molecular. En mielograma se evidenció celularidad medular aumentada, grumos de estroma (+), megacariocitos presentes. En el Inmunofenotipo se observó 85.6% granulocitos. 3.1% de células inmaduras de estirpe mieloide con expresión aberrante de CD7, 4.9% basófilos, 2.2% linfocitos, 1.1% monocitos, 1,2% de eritroblastos. Inmunofenotipo sugerente de LMC en etapa crónica. En cuanto a la biología Molecular los resultados fueron t(9;22) p210 RT-PCR Positivo. Se detecta transcrito del gen fusión BCR::ABL1, variante p210.

Una vez establecido el diagnóstico de leucemia mieloide crónica se inició el tratamiento con Imatinib en una sola dosis, la cual no fue bien tolerada, y posteriormente se ajustó a dos dosis, con una evolución y tolerancia positiva.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El manejo de la LMC en pacientes pediátricos generalmente sigue las recomendaciones diseñadas para pacientes adultos, con buenos resultados generales según estudios de cohortes. Sin embargo, se ha planteado que las morbilidades a largo plazo en la población pediátrica pueden requerir enfoques de adherencia distintos. La administración oportuna de Imatinib en pacientes con LMC ha demostrado una buena supervivencia. En el caso presentado, se observa un diagnóstico oportuno y una buena tolerancia al tratamiento con Imatinib en un paciente adolescente de 13 años. Los ejemplos clínicos que abordan el tratamiento de la LMC en pediatría son escasos, y en nuestro país, no se han descrito casos clínicos similares y actualizados sobre el manejo de esta patología. El caso descrito subraya la importancia de continuar investigando y compartiendo experiencias en este campo médico.

### **PALABRAS CLAVES**

Leucemia Mieloide Crónica, Pediatría, Imatinib

## Linfoma de Burkitt con presentación sincopal: reporte de caso.

**Autores y tutores:** Sepúlveda Méndez Sebastián<sup>1</sup>, Soto González Juan<sup>1</sup>, Cisternas Alvear Joaquín<sup>1</sup>, Mahuzier Campodonico Martín<sup>1</sup>, Weissglas Orellana Bunio<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción
2. Médico General, Hospital las Higueras Talcahuano

### **INTRODUCCIÓN**

Los Linfomas no Hodgkin (LNH) son uno de los síndromes linfoproliferativos de mayor incidencia en Chile. El linfoma de Burkitt (LB) es un LNH de células B altamente agresivo, pero de muy baja incidencia en nuestro país, representando un 2% del total. Tiene tres formas principales de presentación: endémica, esporádica y asociada al VIH. Se caracteriza por la proliferación incontrolada de células B en linfonodos y otros tejidos, por lo que se comporta de forma agresiva, con síntomas B asociados a masas sintomáticas de rápido crecimiento. El tratamiento se basa en quimioterapia intensiva y suele tener una tasa de curación significativamente alta, por lo que el conocimiento de esta enfermedad y su diagnóstico oportuno tiene un impacto en la sobrevivencia del paciente.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Hombre de 36 años con historia clínica de 1 mes de evolución caracterizada por síncope recurrente y diaforesis nocturna. La radiografía de tórax reveló un ensanchamiento mediastínico, seguido de una angioTAC de aorta torácica que mostró una masa mediastínica de 15 x 12 cm, sugestiva de origen neoproliferativo, comprimiendo la vena cava superior. Se hospitaliza el 1 de mayo de 2023 y se realiza una biopsia que confirmó un tumor de células con características histológicas compatibles con diagnóstico de Linfoma de alto grado de estirpe B. Los estudios de diseminación (TAC abdominal y cerebral) no mostraron signos de metástasis. El tratamiento con quimioterapia VIP (etopósido, ifosfamida, cisplatino) comenzó el 20 de mayo de 2023 con evolución favorable.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Los tumores mediastínicos, según su ubicación, presentan síntomas por compresión de estructuras vecinas, como dolor torácico, tos, disnea, y síndrome de vena cava superior. El síncope, aunque inusual, podría relacionarse con

un rápido crecimiento tumoral. La radiografía de tórax es esencial en el estudio del síncope para detectar anomalías anatómicas y neoplásicas.

### **PALABRAS CLAVES**

Linfoma de Burkitt, Linfoma no Hodgkin, Síncope.

## “Luxo-fractura de astrágalo, un camino hacia la oscuridad: A propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Toledo Boggie Pedro<sup>1</sup>, Valenzuela Fritz Lucas<sup>1</sup>, Reinicke Burgos Michelle<sup>2</sup>, Madariaga Poblete Mauricio<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco
2. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco
3. Traumatólogo, Servicio Traumatología y Ortopedia, Hospital de Victoria

### **INTRODUCCIÓN**

La fractura de astrágalo corresponde al 0.1% de todas las fracturas, siendo un cuadro extremadamente raro, generalmente acompañado de una luxación y fractura de estructuras cercanas, lo que hace su tratamiento un desafío mayor. Suele estar asociada a un trauma de gran energía y caídas de altura, con una flexión dorsal forzada del tobillo. El 60% del astrágalo está cubierto por cartílago articular, no posee inserciones ligamentosas ni musculares, su vascularización depende de estructuras fasciales, por lo tanto, existe alto riesgo de osteonecrosis. Esta luxofractura se considera una emergencia traumatológica. Debido a la alta probabilidad de necrosis avascular y las alteraciones a la biomecánica es una patología de resolución generalmente quirúrgica, aunque independientemente, el porcentaje de necrosis avascular y artrosis posterior es bastante elevado.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 64 años con antecedente de hipertensión arterial. Consultó luego de caer desde una altura aproximada de 3 metros con apoyo de pie izquierdo. Evolucionó con deformidad severa en tobillo izquierdo, imposibilidad de marcha y equimosis. Se tomó radiografía, apreciándose una luxofractura de astrágalo, clasificada Hawkins III. TAC de tobillo visualizó riesgo inminente de exposición ósea del domo del astrágalo. En primer tiempo reducción en pabellón fue frustra, al día siguiente de reintentó, instalándose tutores externos, satisfactoriamente. Partes blandas se mantuvieron indemnes, pudiéndose realizar reducción abierta y osteosíntesis con tornillo retrogrado, evidenciándose además inestabilidad multidireccional de articulación tibiotalar, instalándose tutores externos para mantener reducción anatómica de la articulación.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Al ser causada por mecanismos de alta energía nunca hay que olvidar el ABC del trauma y evaluar otras estructuras que pudieran lesionarse. Posterior a la cirugía se debe estar entre 8-12 semanas en descarga, con yeso o tutores externos para mantener inmovilización. El signo radiológico de Hawkins a las 6-8 semanas nos habla de que el astrágalo es viable, aunque no descarta osteonecrosis. Para el paciente esta patología tiene un pronóstico sombrío. Se estima que la osteonecrosis en luxofracturas Hawkins III oscila entre el 50-100% y la tasa de artrosis postraumática en hasta 90% de los casos. Esta alta tasa de complicaciones determina que se requieran nuevas intervenciones quirúrgicas, recomendándose la artrodesis tibio-astrágalo-calcánea.

### **PALABRAS CLAVES**

Astrágalo, Osteoartritis, Osteonecrosis

# Manejo de dificultad respiratoria en derrame pleural maligno secundario a cáncer de mama metastásico con diagnóstico tardío

**Autores y tutores:** Zambrano Migueles Rocío<sup>1</sup>; Beltrán Canave Nicolás<sup>1</sup>; Retamal Gerschberg Sara<sup>1</sup>; Vuscovic Rojas Ximena<sup>2</sup> Vulinovic Fasciani Miroslav<sup>3</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
2. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago.
3. Mastólogo, servicio Obstetricia – Ginecología, Hospital Naval de Talcahuano.

## **INTRODUCCIÓN**

El derrame pleural maligno (DPM) puede afectar aproximadamente al 15% de los pacientes con cáncer y es más común en cáncer de pulmón y mama, siendo altamente sugerente de metástasis. La disnea suele ser el síntoma principal, acompañada de tos y dolor torácico. La anamnesis y examen físico son el primer acercamiento a la sospecha diagnóstica. El estudio inicial incluye: radiografía de tórax y toracocentesis para estudio del líquido pleural. Otras herramientas son: ecotomografía, tomografía computarizada y PET-CT.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Femenina, 61 años, hipertensa, diabética, obesidad y tabaquismo crónico. Historia de 1 año de dolor generalizado de columna vertebral asociado a fatiga y disnea progresiva hasta llegar a mínimos esfuerzos. Consultó en urgencias por disnea con tendencia a desaturar. Al examen físico con disminución de murmullo vesicular y crépitos gruesos bilaterales. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral, mayor a izquierda. TAC con contraste: nódulo de contorno espiculado en mama izquierda. Compromiso metastásico de base de cráneo, esqueleto axial, hígado y glándulas suprarrenales. Se hospitaliza para estabilización y toracocentesis diagnóstica y evacuadora. Citología de líquido pleural compatible con carcinoma de mama de alto grado. En hospitalización posterior, se realizó instalación de sonda endopleural transitoria (SEPt), con volumen de 1,5 litros drenado inicial en tandas de 300 cc por clampeo de sonda. Se realizó gestión de oxígeno domiciliario e ingreso a programa de cuidados paliativos. TAC tórax de control: derrame pleural loculado. Se sugirió video toracotomía + intento de decorticación. No obstante, a los dos meses de diagnóstico, la paciente falleció secundario a una insuficiencia respiratoria global grave.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte a nivel mundial en la mujer. En Chile, el screening incluye mamografías anuales en toda paciente mayor de 40 años. Además de medidas no farmacológicas, algunos procedimientos para el manejo del DPM incluye: toracocentesis, SEP, catéter pleural tunelizado y pleurodesis. El uso de biomarcadores específicos en cada cáncer puede ayudar a tomar la decisión respecto a los tratamientos a realizar. El DPM suele ser un signo de mal pronóstico, por lo que ante su aparición siempre hay que tener en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la paciente, recurriendo a los procedimientos que causen menor impacto y, en consecuencia, reduciendo el número de hospitalizaciones e intervenciones.

## **PALABRAS CLAVES**

Derrame pleural maligno – Carcinoma de la mama – Tratamiento paliativo

## “Manejo no convencional de linfangioma abdominal en adulto: reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Arroyo Flores Loreto<sup>1</sup>, Vallejos Castillo Fernanda<sup>1</sup>, Berrios Oyarzo Javier<sup>1</sup>, Muñoz Fuica Daniel<sup>2</sup>, Concha Hernández Carolina<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco.
3. Médico cirujano, CESFAM Nueva Imperial.

### **INTRODUCCIÓN**

Los linfangiomas son neoplasias benignas originadas por una malformación linfática congénita (1). La ubicación intra-abdominal es infrecuente, con incidencia de 1/160000 individuos y 1/100000 hospitalizados .

Se manifiestan predominantemente los dos primeros años de vida, siendo sintomáticos más del 80%. En adultos son oligosintomáticos (por crecimiento y compresión de estructuras anexas) o silentes; no obstante, pueden debutar de forma aguda debido a complicaciones como hemorragias y roturas .El diagnóstico es clínico, sustentado por estudios por imágenes . El tratamiento de elección es quirúrgico (exéresis). En ocasiones, se pueden utilizar sustancias esclerosantes, como terapia única o coadyuvante, pues disminuyen el tamaño del linfangioma .

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 74 años, sin antecedentes médicos previos. Consultó por dolor abdominal en fosa iliaca derecha (FID) asociado a fiebre y compromiso del estado general. Al examen físico, abdomen sensible en FID, sin otros hallazgos. En exámenes de laboratorio destacó PCR 409, Leucocitos 15500, Neutrófilos 80,2%. Tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste informó: “Colección de paredes engrosadas a nivel de FID, adyacente a arteria ilíaca derecha de aproximadamente 73x82x70 mm”.

Se diagnosticó linfangioma abdominal sobreinfectado. Se manejó con antibióticos endovenosos hasta realización de drenaje percutáneo por cirugía intervencional, en el cual se drenó 100 cc de líquido amarillo lechoso espeso y se realizó cultivo con resultado positivo para *Staphylococcus lugdunensis* multisensible. Posteriormente, se realizó escleroterapia del linfangioma con alcohol absoluto. Un mes después acudió a control ambulatorio con TC abdomen y pelvis con contraste que informó “disminución del tamaño de la colección en FID de 30x20 mm”.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El linfangioma es una patología de difícil diagnóstico, sobre todo en adultos, por su baja frecuencia, su predominio en población pediátrica y su presentación habitualmente asintomática. En este caso, el diagnóstico se basó en la clínica e imágenes y se realizó un tratamiento de segunda línea por su difícil acceso para resección quirúrgica, el cual fue exitoso y no presentó complicaciones.

En conclusión, a pesar de que el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, actualmente existen diferentes opciones terapéuticas para pacientes que no sean candidatos a cirugía.

### **PALABRAS CLAVES**

Abdominal, Linfangioma, Neoplasia

## “Manifestación extraarticular en artritis reumatoide de inicio tardío, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Bañados Cordero Antonia<sup>1</sup>, Pardo Soto Constanza<sup>1</sup>, Cordero Guerra Julian<sup>1</sup>, Romero Baeza Mario<sup>2</sup>, Cerra Olivero Carlos<sup>3</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor de Temuco
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor de Temuco
3. Médico Internista, Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres, Angol

### **INTRODUCCIÓN**

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad reumática más común que suele comenzar en mujeres de entre 30 y 50 años. Dado que la esperanza de vida ha ido en aumento, la edad de aparición de múltiples enfermedades también ha aumentado. La AR que se desarrolla en personas mayores de 60 o 65 años se conoce como artritis reumatoide de inicio tardío (ARIT). La prevalencia reportada de la ARIT es cercana al 2%. Sus características parecen ser un inicio más agudo, una mayor afectación sistémica y un pronóstico peor que los de artritis reumatoide de inicio precoz.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 65 años con antecedentes de EPOC tabáquico, con dos hospitalizaciones recientes por neumonía cavitada en estudio con baciloscopias negativas, se solicita fibrobroncoscopia ambulatoria, sin embargo, paciente no se presenta. Reconsulta por cuadro de neumonía con evolución tórpida, sin mejoría clínica a tratamiento antibiótico propuesto. Evoluciona con astenia, anorexia y aumento de disnea basal. Refiere pérdida de peso de 6 kg aprox en dos meses. Sin tos ni expectoración. Niega hemoptisis, niega sudoración nocturna. TC de tórax informa derrame pericárdico, neumopatía intersticial inespecífica, asociado a cambios secuelares de apariencia tuberculosa, con acúmulo de bronquiectasias en ápice derecho, todo esto exacerbado con aparente neumonía cavitada apical ipsilateral, que permanece sin cambios en comparación a estudio anterior. En laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados leucocitos 15300 y proteína C reactiva (PCR) en 42.3. AngioTC descarta TEP. Baciloscopia negativa. Alfa fetoproteína negativa. Anti-MPO, Anti-PR3, p-ANCA y c-ANCA negativos. C3 y C4 negativos. Perfil ENA negativo. Destaca Factor reumatoideo en 47. ANA positivo. Anti-CCP 19.3.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las manifestaciones pulmonares más frecuentes en la AR, la cual puede ir desde el 4 al 50% dependiendo de la población estudiada. La EPID suele estar asociada a una larga duración de la AR. Sin embargo, esta puede ser la manifestación inicial de la AR hasta en el 10 al 30% de los pacientes como en el caso expuesto, ya que la paciente no refería compromiso articular. La ARIT puede presentarse con manifestaciones atípicas, como pérdida de peso, mialgia, linfadenopatía, síndrome similar a la polimialgia reumática (PMR) y neuropatía. Si bien el síndrome consuntivo estaba presente en la paciente, es poco específico y orienta a su vez a otros diagnósticos diferenciales de suma importancia como las neoplasias

### **PALABRAS CLAVES**

Artritis reumatoide, neumonía intersticial, astenia

## “Meduloblastoma en paciente pediátrico, a propósito de un caso”

**Autores y Tutores:** Berrios Oyarzo Javier <sup>1</sup>, Duque Saavedra Ignacio<sup>1</sup>, González González Javier<sup>1</sup>, Martínez Castro Alejandro<sup>1</sup>, Zuñiga Coronado Esteban<sup>1</sup>, Obando Pineda Gary<sup>2</sup>, Álvarez Muñoz Teresa<sup>3</sup>

1. Interno Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Médico Especialista en Pediatría, Universidad Mayor, Victoria, Chile.
3. Médico-Cirujano, Universidad Mayor, Victoria, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

Dentro de la patología maligna del paciente pediátrico, los tumores de sistema nervioso central (SNC) son la segunda causa más común de tumores de origen maligno, debido al avance y la disponibilidad exámenes de imágenes en los servicios de urgencia han aumentado su pesquisa. A pesar de esto, continúa siendo una causa importante de morbilidad en pacientes que se encuentran en esta etapa del ciclo vital.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenino de 7 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias por cuadro de compromiso del estado general, afebril, con náuseas y vómitos alimentarios, niega diarrea. Impresiona decaída, algo somnolienta pero reactiva a estímulo verbal, sin signos meníngeos, hemodinámicamente estable, bien perfundida. Se decide hospitalizar debido a deshidratación secundaria a gastroenteritis aguda. Evoluciona con mayor compromiso de conciencia, se traslada a UTI pediátrica para mayor estudio, por sospecha de encefalitis por enterovirus. Se realiza TAC de cerebro que muestra lesión sólida quística en fosa posterior que impresiona cerebelosa paravermiana derecha con extensión intraventricular. Sugerente de meduloblastoma por sobre un ependimoma. Leve hidrocefalia supratentorial con signos de aumento de la presión intracraneana. Se decide trasladar a UTI de centro de mayor resolución, evaluada por neurocirugía pediátrica quien confirma meduloblastoma, se decide eventual resolución quirúrgica, a la espera de esta actualmente

cual sus pilares son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia.

Los tumores de SNC son una causa común de cáncer infantil, siendo el meduloblastoma el más frecuente, por lo cual debe ser considerado una posibilidad diagnóstica cuando nos encontramos con un cuadro sugerente.

### **PALABRAS CLAVES**

Neoplasias, Meduloblastoma, Estado de Conciencia Alterado

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La sospecha clínica precoz es esencial para definir manejo y cambiar el pronóstico de esta patología, los síntomas más frecuentes son: aumento de la presión intracraneal por la hidrocefalia secundaria, produciendo cefalea, vómitos, papiledema, irritabilidad, entre otros síntomas. La resonancia magnética y la tomografía computarizada son la base del diagnóstico y la planificación del tratamiento, el

## “Meningitis bacteriana por *Streptococcus equi zooepidemicus*: reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Andrade Aguilar Gabriela<sup>1</sup>, Kuramochi Hellwig Kai<sup>1</sup>, Velásquez Palavecino Catalina<sup>1</sup>, Zúñiga Coronado Esteban<sup>1</sup>, Madrid Cifuentes Bastián<sup>2</sup>, Palavecino Rivas Rodrigo<sup>3</sup>

1. Interno/a de Medicina, Universidad Mayor Temuco, Temuco.
2. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.
3. Médico General, Universidad de Chile, Hospital del Tórax, Santiago.

### **INTRODUCCIÓN**

*Streptococcus equi* subespecie *zooepidemicus* (*S. zooepidemicus*), es una bacteria estreptocócica del grupo C de Lancefield  $\beta$ -hemolítica. Considerado comensal oportunista en caballos puede causar infecciones en otros animales domésticos. La zoonosis en humanos, poco frecuente pero grave, está asociado a bacteriemias, y ha sido documentada en quienes mantienen contacto directo con animales. Produce exotoxinas con alta capacidad de adherencia e invasión. La meningitis en humanos es quizás la entidad clínica más rara de infección, siendo la punción lumbar (PL) clave en su diagnóstico.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Consulta en urgencias, masculino 82 años, ruralidad, previamente autovalente, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, por 10 días de malestar general, desorientación, no emite lenguaje ni bipedesta. Ingres a Glasgow 11, agitado, destaca estertores base pulmonar izquierda. Laboratorio leucocitosis, trombocitopenia, disfunción renal, alteración hidroelectrolítica, orina no inflamatoria. PCR: 343 lactato: 2,71, gases venosos: PH: 7.45. TAC cerebro sin hallazgos y TAC tórax cardiomegalia. Inicia terapia con ceftriaxona + vancomicina, contención física y farmacológica. Evoluciona con deterioro de hemodinamia a paro cardiorrespiratorio donde se reanima e intuba. Pesquisa elevación de Pro-BNP y hallazgo de soplo cardiaco. Frente a shock séptico de foco no claro se realiza PL: glucosa 2 mg/ml, proteínas 4.751 mg/ml, leucocitos: 2.562, 90% mononucleares, cocos Gram (+) en cadena, Film Array negativo, hemocultivos negativos. Ingres a UPC con apoyo de ventilación y drogas vasoactivas.

No evidencia despertar, reflejos ni pares craneales. Mantiene esquema antibiótico por PL compatible con meningitis bacteriana, parámetros inflamatorios al alza, disfunción multiorgánica alcanza límites terapéuticos. Fallece al siguiente día. Se rescata cultivo PL desarrollo de *S. zooepidemicus* multisensible.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La zoonosis por *S. zooepidemicus* es una rara afección. Las manifestaciones clínicas abarcan un amplio espectro, donde la meningitis presenta un marcado deterioro del compromiso general. El diagnóstico etiológico es a través de PL, pese al tratamiento, la tasa de mortalidad alcanza 25%. Considerando la epidemiología y la alta ruralidad de nuestra región, debemos tener alta sospecha ante cuadros infecciosos de manejo tórpido. La historia clínica sugerente, y PL son fundamentales para un tratamiento precoz.

### **PALABRAS CLAVES**

Meningitis, Sepsis, Zoonosis

## “Mesotelioma quístico con epitelio tipo amniótico en embarazo de término. Reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Letelier Reyes Mariel<sup>1</sup>, Lemunao Ortiz Edgar<sup>2</sup>, Torres Jara Sofía<sup>1</sup>, Kuramochi Hellwig Kai<sup>1</sup>, Sanhueza Melgarejo Raúl<sup>3</sup>.

1. Interno (a) de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
3. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad de la Frontera.

### **INTRODUCCIÓN**

Los mesoteliomas quísticos, también descritos como quistes mesoteliales peritoneales, son neoplasias abdominales de baja frecuencia que se presentan mayoritariamente en mujeres en edad fértil. La mayoría de las veces se encuentran de manera incidental en laparotomías. Suelen ser asintomáticos y pequeños. La etiología de esta entidad es aún desconocida dada la poca cantidad de casos reportados en la literatura, pero se han encontrado con mayor frecuencia en relación en mujeres con historia previa de endometriosis y proceso inflamatorio pélvico (PIP). Se han reportado tres casos de mesoteliomas quísticos con epitelio de tipo amniótico, se cree que es más probable que tengan un origen materno y no del feto. Su hallazgo ha sido incidental, a partir de cesáreas.

### **PRESENTACIÓN DE CASO:**

Paciente femenina de 28 años, con antecedente de parto vaginal de término, cursando nuevo embarazo de 40+4 semanas con feto pequeño para la edad gestacional (PEG), creciendo en percentil 8.4 y con doppler normal. Es derivada a urgencia obstétrica para realizar interrupción de embarazo. Se realiza cesárea de urgencia, al abrir peritoneo con relación a segmento se observa lesión quística elongada de etiología no precisada, retirándose para biopsia diferida. Se logra extraer un feto sin incidentes. Posterior a dos semanas, biopsia informa alteraciones morfológicas e inmunohistoquímicas compatibles con pared de quiste mesotelial con epitelio de tipo amniótico.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

El mesotelioma quístico con epitelio de tipo amniótico es un diagnóstico excepcional. En nuestro caso, no se describía ninguna sintomatología relacionada, ni tampoco existían antecedentes que tuvieran relación con su aparición.

Los mesoteliomas quísticos están siendo más frecuentes de lo que se creía y deben considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de otro tipo de lesiones quísticas que pueden presentarse tanto en el embarazo como en la mujer no grávida, tales como: cistoadenocarcinoma de ovario,

endometriosis, teratoma quístico, tumores de Brenner, tumor adenomatoide quístico y mesotelioma maligno.

### **PALABRAS CLAVE**

Mesotelioma quístico, neoplasia abdominal, embarazo.

## Micosis fungoide en paciente pediátrico, reporte de un caso

**Autores y tutores:** Muñoz Torres Gabriel<sup>1</sup>, Gübelin Saravia Karen<sup>1</sup>, Briceño Valenzuela Pablo<sup>2</sup>, Montenegro Urbano Hernán<sup>2</sup>, Flores Jorquera Maite<sup>3</sup>, Briceño Rivera Gastón<sup>4</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Alumno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
3. Alumna de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
4. Dermatólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

### INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide (MF) es un tipo de Linfoma no Hodgkin de células T, caracterizado por presentar placas hipopigmentadas en tronco y extremidades con lesiones predominantemente localizadas en zonas protegidas del sol. Su incidencia es de 6 casos por millón de habitantes, de estos la MF pediátrica representa casi el 4-5% del total. Las terapias dirigidas a la piel se recomiendan para los pacientes con enfermedad localizada. El objetivo de este trabajo es enfatizar en la alta sospecha clínica para permitir un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 10 años de edad, sin antecedentes, consultó en policlínico dermatología por lesiones pruriginosas generalizadas, las cuales fueron manejadas en consultorio con diferentes tratamientos tópicos (corticoides y humectantes) asociado a antihistamínicos, sin respuesta favorable. Al examen físico destacó placas hipopigmentadas en tronco y extremidades. Se planteó el diagnóstico de linfoma cutáneo, realizándose biopsia de piel cuyo resultado demostró alteraciones compatibles con micosis fungoide CD4+/CD8-. Posteriormente se derivó a hemato-oncología infantil en donde se descartó compromiso sistémico, por lo que inició tratamiento con fototerapia (radiación ultravioleta tipo B banda angosta), con respuesta favorable luego de un mes de tratamiento, observándose disminución del prurito y la cantidad de placas hipopigmentadas en tronco y extremidades.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La sospecha clínica de MF en pediatría es difícil debido a que se asemeja a muchas dermatosis benignas en la infancia como pitiriasis alba, dermatitis atópica, tiña versicolor, vitíligo, entre otras, lo que se condice con el caso presentado, en donde la sospecha se dio por la persistencia de las lesiones luego de terapia médica. Pese a la demora en el diagnóstico, la MF en pediatría se diagnostica

frecuentemente en etapas tempranas, pudiendo realizar terapia dirigida a la piel a diferencia de la población adulta. La terapia local que ha demostrado efectividad y menores reacciones adversas es la fototerapia, la cual recibió nuestra paciente, con rápida respuesta favorable.

Se debe tener conocimiento de los diagnósticos diferenciales de placas hipopigmentadas, teniendo en cuenta la posibilidad de linfoma cutáneo en edad pediátrica.

### PALABRAS CLAVES

Linfoma cutáneo, Micosis fungoide, Pediatría

## “Microftalmia unilateral congénita, rol de su pesquisa y manejo precoz, reporte de caso”

**Autores y tutores:** Maldonado Donoso Constanza<sup>2</sup>, Toloza Aravena Erika<sup>2</sup>, Donoso Castro Constanza<sup>2</sup>, Casanova Manríquez Loreto<sup>1</sup>, Mora Molina Andrea<sup>1</sup>

1. Medico cirujano, Cefam Carlos Trupp, Talca.
2. Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca.

### **INTRODUCCIÓN**

La microftalmia corresponde a una anomalía congénita caracterizada por la disminución del tamaño del globo ocular, que confiere discapacidad visual, que puede ir desde una disminución de la agudeza visual hasta la ceguera total. A pesar de su baja incidencia y prevalencia suponen la mayor causa de ceguera por anomalías congénitas.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 20 años, al nacer se pesquisa microórbita, carencia de párpado y tamaño de globo ocular izquierdo disminuido. Madre con embarazo fisiológico y controles prenatales adecuados, parto vaginal sin complicaciones, sin antecedentes mórbidos de sus padres. Se realiza escáner que informa microftalmia severa de ojo izquierdo, con diámetro de globo ocular izquierdo de 9 milímetros (mm) y derecho de 12 mm. Se descarta coloboma. Ante sospecha de estar en contexto de un síndrome genético, se aconseja realizar su posterior estudio, que aún se encuentra en espera. A los 3 meses de vida se inicia manejo, sin enucleación de globo ocular, y uso de conformador que iba cambiando de tamaño de forma progresiva hasta los 3 años, en donde posteriormente a los 5 años se realiza canaloplastia y fondo de saco en el párpado inferior con mucosa oral. A los 6 años comienza a usar prótesis ocular, con manejo hasta la actualidad con oculoplástico y maxilofacial.

de paciente gracias a el uso de conformadores desde temprana edad, apoyo psicológico y emocional.

### **PALABRAS CLAVES**

Microftalmía, oculoplástica, conformadores

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Las anomalías congénitas pueden dar lugar a discapacidades crónicas, como el caso de la microftalmia, repercutiendo en el paciente, familiares, y en la sociedad.

Debido a lo anterior resulta fundamental una detección precoz de dicha anomalía en las primeras 2 semanas de nacimiento, ya que un manejo oportuno y multidisciplinario permitirá un desarrollo integral

## “Miocardiopatía de Takotsubo en paciente masculino. A propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Aravena Bravo Pablo<sup>1</sup>, Alarcón Arancibia Perla<sup>1</sup>, Hernández Jara Natalia<sup>1</sup>, Martínez Castro Alejandro<sup>1</sup>, Rudolph Oppliger Thomas<sup>1</sup>, Bergues Cárdenas Juan<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina 7° Año, Universidad Mayor Temuco
2. Médico Cirujano, Hospital San José de Victoria

### **INTRODUCCIÓN**

La miocardiopatía de Takotsubo, también conocida como síndrome del corazón roto o cardiomiopatía inducida por estrés, es una entidad totalmente reversible en la mayoría de los casos, producida por estrés emocional o fisiológico. Se presenta mayormente en mujeres como una disquinesia apical transitoria del ventrículo izquierdo en un corazón con arterias coronarias sanas. La fisiopatología no es del todo conocida, pero varias teorías lo relacionan con una estimulación simpática excesiva del miocardio en contexto de un aumento de las catecolaminas circulantes. Las hormonas femeninas tienen un rol importante, puesto que los estrógenos atenúan la respuesta miocárdica a las catecolaminas, relacionándose directamente con la epidemiología de la enfermedad.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Hombre de 55 años sin antecedentes mórbidos, hospitalizado en UCI por miopatía inflamatoria, afectado por múltiples hits infecciosos previos, presenta compromiso hemodinámico con aumento de requerimientos de drogas vasoactivas (DVA), cambios electrocardiográficos y alza en enzimas cardíacas, por lo que se evalúa dirigidamente, encontrándose infradesnivel del segmento ST en derivadas V2-V6, elevación de troponina I ultrasensible. Se sospecha síndrome coronario agudo (SCA) sin supradesnivel del ST en contexto de shock séptico de foco mixto (pulmonar/urinario), por lo que se realiza estudio coronario diferido que no demuestra lesiones obstructivas. Al ecocardiograma, destaca FEVI conservada con hipoquinesia adelgazada en ápex y cara anteroapical del ventrículo izquierdo, compatible con miocardiopatía de Takotsubo, por lo que se realiza el diagnóstico.

paciente con un SCA, debe tenerse presente como diagnóstico diferencial para así brindar un manejo apropiado a pacientes en dicha condición

### **PALABRAS CLAVES**

Cardiología, Miocardiopatía de Takotsubo, Medicina Intensiva

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La miocardiopatía de Takotsubo se presenta en un 90% de los casos en pacientes de sexo femenino y corresponde al 1.5-2.2% de todos los IAM, llegando a ser hasta el 6-12% de las sospechas de infarto agudo al miocardio (IAM) en pared anterior en mujeres. Su diagnóstico constituye un desafío y se incluye dentro de las causas de MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries). Ante la presentación de un

## “Miopatías inmunomediadas como diagnóstico diferencial, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Gatica Martínez Nicolás<sup>1</sup>, Navarrete Ortiz Pablo<sup>1</sup>, Diener Celedón Nicolás<sup>1</sup>, Herrera Suarez Diego<sup>1</sup>, Monsalve Saldivia Sofía<sup>1</sup>, Orrego Villa Carolina<sup>2</sup>.

1. Interno de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Residente Medicina Interna, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de patologías que se caracterizan por debilidad muscular progresiva e infiltrados inflamatorios de diversos grados en el tejido muscular. Las variaciones en las manifestaciones extramusculares, hallazgos específicos en la biopsia muscular y anomalías serológicas específicas de la enfermedad ayudan a distinguir una de estas entidades de otra. Se desconoce la causa precisa de las MII. A continuación, se presenta un desafío diagnóstico.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Femenina de 69 años, con antecedentes de cardiopatía coronaria, diabetes e insuficiencia cardíaca, usuaria de aspirina, clopidogrel, furosemida, espirolactona, digoxina, sacubitril/valsartán y atorvastatina. Hospitalización reciente en agosto 2023 por shock cardiogénico secundario a taponamiento cardíaco, ecocardiografía muestra fracción de eyección de 24%, se implanta stent por lesión crítica y es dada de alta. En octubre 2023 inicia debilidad pierna izquierda que progresa contralateral dificultando marcha, debilidad de extremidades superiores y cervical, sin trastornos esfinterianos ni sensitivos; al examen destaca cefaloparesia flexora M1, tetraparesia flácida arreflectica, debilidad proximal, disfagia y calambres. En laboratorio destacan transaminasas elevadas y creatinquinasa (CK) en 8738, antinucleares negativos, complemento normal y scanner cerebral normal. Se difiere punción lumbar por anticoagulación. Por patrón proximal se inician pulsos de metilprednisolona y se inicia inmunoglobulina endovenosa sin respuesta terapéutica, además se suspende atorvastatina por sospecha de miopatía por estatinas y se solicitan anticuerpos anti-HMGCR. Se continúa estudio con panel de MII, arrojando anticuerpos anti-Ku y anti-Ro-52 positivos. Luego evaluada por reumatología, se diagnostica MII e inicia micofenolato. Se sospecha miopatía por cuerpos de inclusión versus miopatía paraneoplásica, sin embargo, se descartan por rápida progresión y estudio paraneoplásico sin

hallazgos. Posteriormente, evoluciona con cuadro séptico y falla cardíaca, comprometiendo pronóstico de la paciente y decidiéndose diferir biopsia.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El estudio de las miopatías inflamatorias se debe iniciar con aparición gradual de debilidad muscular proximal simétrica y elevaciones de enzimas indicativas de lesión muscular debido a la inflamación, aumentando la sospecha si se evidencia enfermedad inflamatoria sistémica y con CK sobre 10 veces el valor normal. Autoanticuerpos específicos de miositis como los anti-ARSs resultan positivos entre un 20-40% de los casos, siendo útiles en el estudio.

### **PALABRAS CLAVES**

Myositis, Tetraparesis, Corticosteroids

## “Muerte fetal temprana en paciente con déficit de proteína S previamente desconocido: reporte de un caso ”

**Autores y Tutores:** Zambrano Migueles Rocio<sup>1</sup>, Beltrán Canave Nicolás<sup>1</sup>, Carrasco Pincheira Carolina<sup>1</sup>, Vuscovic Rojas Ximena<sup>2</sup>, Vulinovic Fasciani Miroslav<sup>3</sup>

1. Interno/a de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
2. Estudiante de medicina, Universidad San Sebastián, Santiago
3. Medico Gineco obstetra, Hospital Naval “Almirante Adriaola, Talcahuano

### **INTRODUCCIÓN**

Las trombofilias son un conjunto de condiciones hematológicas caracterizadas por una predisposición mayor a desencadenar eventos trombóticos. Pueden ser genéticas o adquiridas. Clínicamente se manifiestan como preeclampsia, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento, aborto recurrente y muerte fetal inexplicable. En la madre la principal manifestación son los fenómenos trombóticos venosos. El déficit de proteína S es una trombofilia de carácter hereditario, con una prevalencia del 0,03% en la población.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente de 32 años, primigesta 19 semanas + 6 días, sin antecedentes mórbidos acudió a control obstétrico habitual. El examen físico evidencia altura uterina disminuida y ausencia de latidos cardio fetales. Se realizó ecografía transvaginal que objetivó ausencia de latidos y estimó biometría fetal para 15 semanas de gestación. Se confirmó el diagnóstico de muerte fetal temprana. Posteriormente se realizó legrado uterino. Estudio complementario arrojó panel TORCH negativo. Estudio para trombofilias resultó positivo para déficit de proteína S. Luego de 6 meses, evolucionó espontáneamente con nueva gestación. Dado los antecedentes mencionados, se inició tratamiento profiláctico con ácido acetilsalicílico 100 mg al día y enoxaparina 40 mg al día subcutáneo.

ante la posibilidad de una trombofilia. Por ende, es necesario iniciar el estudio y confirmar el diagnóstico, de modo de realizar un seguimiento y tratamiento cuidadoso con el fin de mejorar los resultados perinatales, tanto para el recién nacido como para la madre.

### **PALABRAS CLAVES**

Deficiencia de proteína S – Trombofilia y Embarazo  
– Aborto retenido

### **DISCUSION Y CONCLUSION**

La frecuencia de trombosis es 6 veces mayor en el embarazo, ya que aumentan los factores coagulantes y disminuyen los factores anticoagulantes, como la proteína S y C. Todo esto secundario a que el organismo se está preparando para minimizar las pérdidas sanguíneas del parto. En conclusión, podemos dividir los objetivos del tratamiento en 2 grandes ramas: disminuir el riesgo de fenómenos trombóticos maternos y mejorar el resultado perinatal. Todo antecedente de pérdida fetal en el embarazo, RCIU, SHE deben encender las alarmas

## Nefritis intersticial aguda de etiología multifactorial en paciente hospitalizado: un desafío diagnóstico.

**Autores y tutores:** Palma Acuña Valentina<sup>1</sup>, Alegría Tapia María<sup>1</sup>, Vidal Rojas Catalina<sup>1</sup>, Sanhueza Rodríguez Alicia<sup>1</sup>, Weissglas Orellana Bunio<sup>2</sup>.

1. Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
2. Residente Medicina Interna, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

### INTRODUCCIÓN

Nefritis intersticial aguda (NIA) representa la tercera causa de lesión renal aguda (LRA) en pacientes hospitalizados. Los fármacos corresponden al 60% de los casos, sin embargo la identificación específica representa un reto clínico. El presente caso ilustra el desafío diagnóstico de una NIA de etiología multifactorial en paciente hospitalizado.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 78 años, antecedente de hospitalización reciente por aparente foco séptico abdominal. Durante estadía recibe tratamiento antibiótico prolongado con Ceftriaxona y Metronidazol y Omeprazol a altas dosis por sospecha de hemorragia digestiva. Además antecedente de estudio con imagen contrastada.

3 días posterior al alta, consulta en Hospital Las Higueras por cuadro de vómitos biliosos, dolor abdominal y oliguria. En laboratorio destaca Creatinina sérica (Cr) 4.97 mg/dL, Nitrógeno ureico (BUN) 36 mg/dL. Con antecedentes descritos se establece diagnóstico de LRA prerrenal y se maneja con volemicación con cristaloides. Se hospitaliza en servicio de Medicina. Evoluciona sin nuevos episodios de vómitos pero deterioro progresivo de función renal con ascenso de Cr hasta 9.4. Evaluada por nefrología, dado antecedente de tratamientos administrados en hospitalización anterior, sumado a disrelación BUN/ Cr, se plantea LRA de tipo NIA. Inicia Metilprednisolona endovenosa 250 mg/día, sin respuesta inicial, por lo que se plantea biopsia renal. Al tercer día presenta leve mejoría de función renal, se traslapa a tratamiento oral y se desestima biopsia. Mantiene tendencia los días posteriores, Cr 2.8 mg/dL en día 11 de hospitalización, diuresis conservada. Se decide alta con tratamiento esteroide ambulatorio y seguimiento por nefrología.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Cualquier medicamento es potencialmente susceptible a producir NIA. La combinación de estos podría aumentar el riesgo, lo que representa un reto para definir la causa específica, sobre todo en adultos mayores polimedicados, como en el presente caso. Dentro de los más frecuentemente asociados se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos. Se estima que los inhibidores de la bomba de protones, secundario a su amplio uso actual, representan un 18–64% de los casos de NIA. Conocer esta entidad le permitirá al médico general el uso racional de medicamentos y tener un alto nivel de sospecha frente a un deterioro agudo de la función renal, evitando secuelas crónicas.

### PALABRAS CLAVES

Lesión renal aguda, Nefritis Intersticial, Enfermedades Renales.

## Neurosífilis en pacientes con infección de virus de inmunodeficiencia humana

**Autores y tutores:** Sepúlveda Méndez Sebastián<sup>1</sup>, Batallé Naranjo Felipe<sup>2</sup>, Saldivia Zaror Catalina<sup>2</sup>, Soto González Juan<sup>1</sup>, Mahuzier Campodonico Martín<sup>1</sup>, Weissglas Orellana Bunio<sup>3</sup>

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Concepción
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción
3. Médico General, Hospital Las Higueras Talcahuano

### **INTRODUCCIÓN**

La Neurosífilis (NS) es consecuencia de la invasión del *Treponema pallidum* al sistema nervioso, pudiendo afectar cerebro, médula espinal, nervios periféricos o bien, ser asintomática. Su diagnóstico involucra evaluación clínica, análisis de sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante pruebas serológicas. Es primordial tener un alto grado de sospecha en pacientes que presentan infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pues aumenta considerablemente la probabilidad de padecer NS. Además, la ausencia de síntomas y/o signos neurológicos en este grupo de riesgo, retrasan el diagnóstico e implora realizar una búsqueda dirigida para mejorar el pronóstico y disminuir las complicaciones.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente sexo masculino 24 años, con antecedentes de gonorrea tratada (2016) y sífilis tratada (2022), consulta por cuadro de 7 meses de evolución de diarrea intermitente asociada a fiebre y adenopatías inguinales. Se inició estudio de diarrea crónica, resultando positivo a VIH. Se detectó carga viral de 14.800, y un recuento de linfocitos CD4 de 323 mm<sup>3</sup> (19%), por lo que se inicia terapia antirretroviral. Además, se realiza pesquisa de sífilis mediante examen VDRL reactivo en sangre y en LCR a diluciones de 1:4. Al examen físico, paciente afebril, asintomático, sin compromiso neurológico ni de otros sistemas. Se decide hospitalización para manejo de Neurosífilis con penicilina sódica 4 millones de unidades internacionales vía endovenosa cada 4 horas por 14 días. Finalizada la terapia antibiótica y paciente en buenas condiciones generales, se decide alta y control con pruebas serológicas al mes.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En el caso presentado, se refleja la importancia de tener un índice elevado de sospecha en pacientes VIH(+) para sífilis y su manifestación como NS. A

su vez, las principales limitaciones para un manejo correcto de esta patología corresponden a un

porcentaje de pacientes VIH que se presentan asintomáticos. Un diagnóstico tardío puede aumentar las complicaciones como; sífilis meníngea, parálisis cerebral, tabes dorsal, demencia, etc. Por ello, está descrito en la literatura recomendaciones para un diagnóstico precoz de NS, donde se indica punción lumbar en pacientes que presenten alteraciones neurológicas, recuento linfocitos CD4 <350 mm<sup>3</sup>, VDRL  $\geq$  1:16 o RPR  $\geq$  1:32.

### **PALABRAS CLAVES**

Neurosífilis, *Treponema pallidum*, VIH

## Osteomielitis crónica con absceso de Brodie: A propósito de un caso.

**Autores y tutores:** Martínez Santana Emilia<sup>1</sup>, Elgueta Quiroz Nicolás<sup>1</sup>, Lagos Valladares Denisse<sup>1</sup>, Barrales Cáceres Catalina<sup>1</sup>, Castillo Cáceres Karem<sup>2</sup>, Gatica Araneda Juan<sup>3</sup>.

1. Interno/a Medicina Universidad San Sebastián, Concepción
2. Interna de Medicina Universidad Andrés Bello, Concepción
3. Traumatólogo Infantil, Hospital Víctor Ríos Ruíz, Los Ángeles

### **INTRODUCCIÓN**

La osteomielitis crónica (OC) es una infección ósea de larga data sin manifestaciones clínicas agudas, siendo de difícil diagnóstico. En pediatría suele adquirirse por vía hematógena, afectando en su mayoría a los huesos largos. El absceso de Brodie (AB) es un tipo localizado e infrecuente de osteomielitis, de curso subagudo e insidioso sin manifestaciones sistémicas, producido habitualmente por *Staphylococcus aureus*, formándose una cavidad abscedada con necrosis rodeada por tejido fibroso. Es relevante el diagnóstico oportuno y seguimiento clínico radiológico para su erradicación.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 9 años, sin antecedentes de importancia, consulta por cuadro de 6 días de evolución caracterizado por aumento de volumen, deformidad y dolor en antebrazo derecho, posterior a contusión contra un mueble. Se realiza radiografía que muestra imagen radio lúcida, con aumento de volumen en el radio derecho desde diáfisis a distal con reacción perióstica. Los exámenes de laboratorio se encuentran en rango normal. Según lo anterior, se plantea diagnóstico de tumor primario versus OC, por lo que se indica resonancia magnética con contraste, que sugiere OC con AB. Se realiza aseo quirúrgico, biopsia y cultivos. Posteriormente se inicia antibioticoterapia empírica y se aísla *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, manteniendo esquema por 6 semanas.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El propósito por el que se presenta este caso, es el alto índice de sospecha que requiere esta patología, ya que su historia, examen físico e imágenes son poco características y con parámetros inflamatorios normales, pudiendo plantearse diversos diagnósticos diferenciales, incluyendo tumores óseos benignos y malignos, por lo que es necesario completar estudio con imágenes y biopsia para realizar derivación oportuna con especialista. El tratamiento suele ser médico quirúrgico para remover restos necróticos y material purulento, tomar cultivos y biopsias con la posterior administración de antibióticos completando mínimo 6 semanas.

### **PALABRAS CLAVES**

Absceso, Osteomielitis, *Staphylococcus aureus*.

## “Osteomielitis en pie diabético por candida metapsilosis, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Gäbler Núñez Matthias<sup>1</sup>, Monsalve Arcos Sebastián<sup>1</sup>, San Martín Mella Marco<sup>1</sup>, Pérez Carrillo Thomas<sup>1</sup>, Saavedra Miranda Lucas<sup>1</sup>, Cevallos Duque David<sup>2</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad De Concepción, Concepción.
2. Médico Cirujano, Servicio De Cirugía, Hospital Las Higueras, Talcahuano

### **INTRODUCCIÓN**

El término "pie diabético" se emplea para describir una condición en la que los tejidos profundos del pie se ven afectados por infecciones, úlceras o daños, asociado a neuropatía o enfermedad arterial periférica. Esta condición representa aproximadamente el 70% de las amputaciones realizadas en adultos, siendo hasta un 85% precedidas por úlceras en el pie. Se estima que las personas con diabetes enfrentan un riesgo 25 veces mayor de amputación en comparación con la población general. Las infecciones son una de las complicaciones más frecuentes de esta patología. En más del 50% de las úlceras en el pie, se desarrolla una infección que conlleva amputación.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de sexo masculino, 64 años, con antecedente de diabetes mellitus no insulino requirente y de amputación reciente del tercer orjejo del pie derecho que es derivado desde extrasistema, consulta en servicio de urgencia tras mala evolución del lecho de amputación. Al examen físico contaba con lecho de amputación del tercer orjejo con necrosis húmeda, eritema, sin exposición ósea visible, pulsos femorales y poplíteos presentes, y distales ausentes. Cuenta con parámetros inflamatorios levemente elevados, PCR 3.2 y Leucocitos 8.900. Se hospitaliza para aseo quirúrgico, que evidencia cultivos blandos y óseos positivos para Candida metapsilosis, iniciando tratamiento con fluconazol EV. Cursa con mala respuesta a tratamiento con fluconazol, con lecho purulento y que a la compresión evidenciaba salida de pus. Requirió amputación transmetatarsiana, se rescatan nuevos cultivos positivos para K. pneumoniae BLEE + E. faecalis MS. Se ajusta tratamiento antibiótico logrando mejoría clínica, y buena evolución de herida, asociado a nuevo aseo quirúrgico del muñón. Paciente es dado de alta tras mejoría clínica, con hospitalización domiciliaria para completar tratamiento antibiótico con Ertapenem, Fluconazol, Amoxicilina.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Es esencial conocer las causas microbianas de las infecciones del pie diabético para el tratamiento efectivo de estas heridas infectadas. El enfoque terapéutico, ya sea médico o quirúrgico, debe basarse en las características clínicas del paciente y la lesión. La cirugía siempre debe considerarse como una opción en caso de que el tratamiento médico no tenga éxito. La osteomielitis causada por hongos es poco frecuente y apenas se ha estudiado en el contexto de las infecciones en el pie diabético, sin embargo, la presencia de hongos puede dificultar la cicatrización de las heridas si no se identifica y se trata de manera adecuada.

### **PALABRAS CLAVES**

Cándida metapsilosis, Osteomielitis, Pie diabético.

## “Pancreatitis aguda inducida por ácido valproico: A propósito de un caso”

**Autores y Tutores:** Berrios Oyarzo Javier <sup>1</sup>, Duque Saavedra Ignacio<sup>1</sup>, Henríquez Garay Bruno<sup>1</sup>, Martínez Castro Alejandro<sup>1</sup>, Sepulveda Acuña Carolina<sup>2</sup>, Álvarez Muñoz Teresa<sup>3</sup>, Ramírez Huentena Jorge<sup>3</sup>.

1. Interno Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Estudiante Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano, Universidad Mayor, Victoria, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

La Pancreatitis Aguda (PA) es un diagnóstico frecuente a nivel mundial, siendo causa de múltiples hospitalizaciones cada año. La PA inducida por ácido valproico (AV) ha sido reportada en múltiples estudios de casos. Este medicamento ha sido usado tanto como anticonvulsivante, así como en cuadros psiquiátricos psicóticos, maníacos o el descontrol de impulsos.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina, 19 años, antecedentes de trastorno de personalidad, trastorno de estrés post traumático y descontrol de impulsos, en tratamiento con Clorpromazina, Diazepam, Flufenazina y AV durante 8 meses. Consulta en urgencias por cuadro de un día de evolución de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, asociado a vómitos e inapetencia. Sin otros síntomas. Al examen físico anictérica, dolor en hemiabdomen derecho, mayor en fosa iliaca derecha, con aumento de la resistencia muscular. Blumberg esbozado en punto de McBurney, Murphy negativo. Exámenes de laboratorio con pruebas hepáticas normales, elevación de enzimas pancreáticas sobre tres veces el valor normal y elevación de parámetros inflamatorios. En el escáner de abdomen y pelvis, signos de pancreatitis aguda con focos de necrosis menor al 30%. Se realiza diagnóstico de pancreatitis aguda, Balthazar D. Se descarta causa litiásica y alcohólica.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Debido a la alta prevalencia de la PA, resulta de suma importancia poder realizar un diagnóstico certero, determinando la etiología del cuadro. Las causas farmacológicas a pesar de no ser las más comunes, deben ser propuestas en casos donde no exista otra posible etiología. Además de evitar recurrencias de este mismo cuadro por mantención del fármaco.

La PA inducida por AV siempre se ha planteado como diagnóstico de exclusión, pero debe ser siempre considerado a la hora de enfrentar un cuadro compatible con una PA, en especial ante ausencia de colelitiasis y alcoholismo.

### **PALABRAS CLAVES**

Ácido Valproico, abdomen agudo, pancreatitis

## **Pancreatitis aguda por Coronavirus-HKU1 en lactante; una etiología infrecuente: a propósito de un caso.**

**Autores y tutores:** Alarcón Arancibia Perla<sup>1</sup>, Aravena Bravo Pablo<sup>1</sup>, Bastías Hernández Joaquín<sup>1</sup>, Carrera Burdiles Constanza<sup>1</sup>, Hernández Jara Natalia<sup>1</sup>, Álvarez Muñoz Teresa<sup>2</sup>.

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

### **INTRODUCCIÓN**

La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, caracterizado por dolor abdominal, niveles elevados de enzimas pancreáticas (3 veces su valor normal) y/o imagen compatible. Representa el trastorno pancreático más frecuente en niños, más de 11000 niños/año, reconociéndose múltiples etiologías: traumática, obstructiva, metabólica, genética e infecciosa. Menos de un 10% son de origen viral y se considera un diagnóstico de descarte, sin un mecanismo fisiopatológico exacto. El coronavirus-HKU1 causa infecciones leves del tracto respiratorio superior y no existen casos reportados de PA relacionados a él.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Previo consentimiento informado. Se presenta caso de lactante de 1 año y 3 meses que consulta por vómitos y fiebre de 2 días de evolución, con antecedente previo de tos y rinorrea. Al examen físico destaca signos de deshidratación moderada, abdomen depresible, sensible a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio sin leucocitosis, PCR 2 mg/dL, Procalcitonina 0.4 ng/mL, elevados niveles de amilasa (352 U/L) y lipasa (6855 U/L). Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Ingresa a UTI pediátrica con diagnóstico de pancreatitis leve, iniciando hidratación y analgesia endovenosa. Se realiza estudio etiológico completo, donde aspirado nasofaríngeo resulta positivo para Coronavirus-HKU1, resto de exámenes normales. Paciente con favorable evolución, afebril, buena tolerancia al esquema de realimentación oral con disminución gradual de amilasa y lipasa, manteniéndose sin síntomas respiratorios. Es dada de alta al cuarto día con controles ambulatorios por gastroenterología.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Los datos demuestran que las etiologías infecciosas son una rara causa de PA pediátrica. El virus de la hepatitis es el más frecuente (34%) y sólo un 1% es atribuido a otros virus. Se plantea que existe una respuesta inmune desproporcionada al antígeno viral y estudios concluyen que parece conllevar una mayor

mortalidad que otras etiologías infecciosas. El Coronavirus-HKU1 es uno de los 4 tipos de coronavirus humanos que comúnmente infectan a niños, pero no existen casos reportados de pancreatitis, explicando lo indispensable de realizar un estudio etiológico completo antes de confirmar el origen vírico. En general, los datos pediátricos son limitados; no existen pautas establecidas para diagnóstico y tratamiento de PA viral en niños.

### **PALABRAS CLAVES**

Infección Viral, Pancreatitis Aguda, Pancreatitis Pediátrica

## “Parálisis aguda aislada del nervio abducens: Origen microvascular”

**Autores y Tutores:** Muñoz Cofré Javier<sup>1</sup>, Vergara Rodríguez Vanessa<sup>1</sup>, González Riquelme Felipe<sup>2</sup>, Zúñiga Santelices María<sup>1</sup>, Chaaban Díaz Amany<sup>1</sup>, Eltit Sabureau Michelle<sup>3</sup>.

1. Internos de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
3. Médico Cirujana, CESFAM Granja Sur, Santiago de Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

El nervio abducens inerva el músculo recto lateral del globo ocular. La lesión aislada de este nervio produce parálisis, presentándose clínicamente con esotropía y diplopía horizontal. Es la neuropatía aislada ocular más prevalente con una tasa de incidencia anual de 11,3/100.000. Tiene múltiples etiologías, entre ellas la microvascular, traumáticas, inflamatorias, infecciosas, neoplásicas, aneurismas e idiopáticas. La más frecuente es la microvascular, por lo que está asociada con las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus 2 (DM2). Esto es relevante debido a que, según la última encuesta nacional de salud, hay una prevalencia de un 12.3% de diabéticos sobre 15 años, de los cuales un 30.2% no está con tratamiento adecuado. Este grupo tiene alto riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares secundarias a la DM2.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 60 años con antecedente de hipertensión arterial, DM2 insulino-requiriente con daño a órgano blanco y dislipidemia de larga data. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de diplopía horizontal unilateral, sin otros síntomas. Ingresa hipertensa, HGT 320. Al examen físico destaca una parálisis del músculo recto lateral derecho y esotropía, sin focalidad neurológica. Evaluado por neurología quien indica estudio ambulatorio con resonancia magnética (RMN) de cerebro y panel metabólico. Imagen sin hallazgos, LDL 303, Triglicéridos 1.515 y HbA1C 12.6%. Finalmente, se compensan patologías de base con posterior recuperación ocular completa a los 3 meses de seguimiento.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En este caso se presenta una paciente con parálisis aguda aislada del nervio abducens, en contexto de múltiples factores de riesgo cardiovasculares (RCV) y mal control metabólico, lo que nos orienta a una causa microvascular. Existe controversia en la necesidad de solicitar una neuroimagen en mayores de 50 años con RCV alto, debido a la alta sospecha del origen microvascular, que tendrá una resolución espontánea a corto plazo. Sin embargo, inicialmente se deben descartar otras causas que pueden ser

irreversibles o que comprometan la vida del paciente. En este caso no se encuentra ninguna causa evidente y se clasifica como idiopática con alta sospecha de etiología microvascular.

### **PALABRAS CLAVES**

Microvasos, Nervio Abducens, Parálisis.

## “Paresia mínima como presentación de accidente cerebro vascular, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Candia Mora Sebastián<sup>1</sup>; Gacitúa Ruminot Cristina<sup>1</sup>; Luengo Troncoso Esteban<sup>1</sup>; Campos Cárdenas Matías<sup>1</sup>; Basaure Rodríguez Vicente<sup>2</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.
2. Medico Cirujano, Docente Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.

### **INTRODUCCIÓN**

El accidente cerebrovascular (ACV) corresponde a una interrupción del flujo sanguíneo al parénquima cerebral, generando muerte celular del área afectada. Dentro de sus causas, cerca del 80-90% es por isquemia y el 5-21% es por hemorragia cerebral. En los casos hemorrágicos, la etiología más frecuente es por mecanismo hipertensivo, afectando áreas de parénquima específicas como los ganglios de la base.

Por lo tanto, el objetivo de este caso clínico (CC) es recalcar la importancia de tener un bajo umbral de sospecha ante clínica sugerente de ACV.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Masculino de 55 años, chileno, con antecedente de Hipertensión arterial (HTA) no controlada, tabaquismo activo y Trastorno por consumo perjudicial de alcohol, consultó en Hospital Comunitario El Carmen (HEC) por debilidad en extremidad superior derecha (ESD) de 5 horas de evolución, sin compromiso de conciencia, sin afasia, sin disartria, sin cefalea ni otros síntomas agregados.

Al examen físico se encontraba hipertenso (183/114 mmHg), vigil, orientado en tiempo y espacio, sin alteración de pares craneanos, con mínima paresia en ESD, sin alteraciones de fuerza en otras extremidades, sin disimetrías ni disdiadococinesias.

Por lo que se decidió derivar al Hospital Clínico Hermina Martín con sospecha de ACV. Se realizó Tomografía Computarizada de Cerebro y Angiografía por tomografía computarizada, que evidenció un hematoma intraparenquimatoso putaminal izquierdo agudo y ateromatosis de vasos del cuello sin foco estenótico significativo, siendo evaluado por neurología, quienes indicaron manejo médico y control de presión arterial en HEC.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En Chile el ACV es la segunda causa de muerte, con una mortalidad de 8.736 por año, siendo la causa hemorrágica la más grave. Acorde a la literatura, los ACV de los ganglios de la base suelen presentarse con hemiparesias o discinesias y su causa más frecuente es hemorrágica, de etiología hipertensiva. En este caso particular destacó la forma de presentación con una emergencia hipertensiva asociado a paresia mínima, sin otra focalidad neurológica, por lo que parece prudente enfatizar la relevancia de una alta sospecha clínica para lograr un diagnóstico oportuno y lograr un buen control cardiovascular para disminuir la incidencia de esta entidad.

### **PALABRAS CLAVES**

Accidente Cerebrovascular Agudo; Accidente Cerebrovascular Hemorrágico; Hipertensión.

## Pioderma gangrenoso severo en tratamiento con terapia biológica, reporte de un caso

**Autores y tutores:** Muñoz Torres Gabriel<sup>1</sup>, Gübelin Saravia Karen<sup>1</sup>, Briceño Valenzuela Pablo<sup>2</sup>, Flores Jorquera Maite<sup>3</sup>, Montenegro Urbano Hernán<sup>2</sup>, Briceño Rivera Gastón<sup>4</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Alumno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
3. Alumna de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
4. Dermatólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

### **INTRODUCCIÓN**

El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea ulcerosa, caracterizado por úlceras dolorosas de rápida evolución, con bordes socavados y eritema periférico. Es poco frecuente, con incidencia de 3 a 10 casos por millón de personas al año. Generalmente se asocia a otras patologías como enfermedades inflamatorias intestinales, trastornos reumatológicos y neoplasias hematológicas. El objetivo de este trabajo es mostrar un caso de pioderma gangrenoso severo respondedor a terapia biológica con adalimumab.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina, de 59 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus insulino requiriente, hospitalizada en el servicio de Medicina Interna por cuadro de 4 meses de evolución de úlceras cutáneas dolorosas, tratadas en atención primaria con curaciones, sin respuesta adecuada. Al examen físico presentaba extensas úlceras de bordes necróticos en extremidades inferiores. Se planteó el diagnóstico clínico de pioderma gangrenoso, por lo que se realizó biopsia de piel cuyo informe fue compatible con el diagnóstico. Durante su hospitalización se realizaron exámenes que descartaron enfermedades sistémicas asociadas. Se inició tratamiento con curaciones, corticoides sistémicos, azatioprina y dapsona con escasa respuesta. Debido a la refractariedad del cuadro se decidió iniciar terapia biológica con adalimumab. Luego de 3 semanas de tratamiento evoluciona favorablemente, con disminución del dolor y tamaño de las úlceras cutáneas.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Debido a la gravedad y extensión de las lesiones fue necesario instaurar un tratamiento biológico con inhibidores del factor de necrosis tumoral-alfa, tratamiento que logró controlar la enfermedad. Si bien hay pocas revisiones en la literatura sobre la terapia más adecuada para cada etapa de esta enfermedad, se han descrito estudios de casos

refractarios en los que el 55% logró curación completa, por lo que la evolución de nuestra paciente fue comparable con los casos severos y refractarios descritos en la literatura internacional.

Es importante un tratamiento adecuado mediante el manejo de heridas con curaciones y terapia tópica y/o sistémica para la rápida resolución de las lesiones, ya que pueden provocar graves deformidades de la piel y causar infecciones sistémicas si no se manejan correctamente.

### **PALABRAS CLAVES**

Pioderma gangrenoso, Terapia biológica, Inhibidor del factor de necrosis tumoral

## “Poliartritis como expresión clínica de anemia drepanocítica en preescolar de 4 años de edad. A propósito de un caso.”

**Autores v Tutores:** Onetto Nova Francisca<sup>1</sup>, Córdova Faúndez Francisco<sup>1</sup>, Martínez Vásquez Álvaro<sup>1</sup>, Aqueveque Berríos Crhistofer<sup>1</sup>, Pérez Rubio Paulina<sup>1</sup>, Bravo Guzmán Paul<sup>2</sup>.

1. Interno/a de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago.
2. Médico Cirujano, Becado Pediatría Universidad de Santiago de Chile

### **INTRODUCCIÓN**

La anemia drepanocítica o enfermedad de células falciformes (ECF) es un trastorno genético autosómico recesivo que altera la cadena de globina, produciendo hemoglobina (Hb) inestable y deforme, Hb S . La anemia es la primera manifestación de la ECF, la que puede evolucionar a crisis vasooclusivas severas dolorosas secundaria a la falciformación. Posee una alta mortalidad en menores de 5 años y afecta a la calidad de vida . Su mayor prevalencia es en población afroamericana, por lo que ha aumentado su incidencia en Chile secundario a la migración. Debido a esto, es una enfermedad que se debe conocer y sospechar.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Preescolar masculino Haitiano de 4 años sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor en manos y pies de 1 semana de evolución con impotencia funcional y llanto persistente. Al examen físico se constata dolor articular sin aumento de volumen ni signos de flogosis. Se solicitan exámenes, destacando Hb 8,5 g/dL y frotis con drepanocitos. Por sospecha de crisis de anemia drepanocítica, se decide hospitalizar. Se inicia hidratación, analgesia y oxigenoterapia. En hemograma de control se evidencia Hb 7,3 g/dl por lo que se realiza transfusión de glóbulos rojos. Se inicia hidroxuurea por hematología. En control de 24 horas, Hb 7,7 g/dL por lo que se realiza nueva transfusión. 48 horas después logra Hb 9.0 g/dL. Por buena evolución y cese de dolor poliartrálgico se decide alta. Se deja control con hematología por ECF debido a clínica y hemograma. Se realiza electroforesis ambulatoria que confirma diagnóstico con Hb S 58%.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Se presenta caso de ECF en preescolar, donde se realizó diagnóstico por hemograma y clínica, con posterior confirmación por electroforesis. Estas crisis son distintivas de la ECF por lo que se debe sospechar y descartar, sobre todo en pacientes afrodescendientes pediátricos.

### **PALABRAS CLAVES**

Anemia, Hemoglobinopatía, Pediatría

## “Pólipo inflamatorio cloacogénico como diagnóstico diferencial infrecuente de pólipo colorrectal: a propósito de un caso”.

**Autores y tutores:** Maldonado Bascur Diego<sup>1</sup>, Valdés Brand Diego<sup>1</sup>, Ávila Gatica Claudia<sup>1</sup>, Lillo Leonelli Camila<sup>1</sup>, Sepúlveda Mainhard Matías<sup>1</sup>, Melo Escobar Carlos<sup>2</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Médico Cirujano, CESFAM Pitrufuquén.

### **INTRODUCCIÓN**

El pólipo cloacógeno inflamatorio es un tipo muy raro de pólipo benigno, se produce en la zona de transición ano-rectal, su patogenia se atribuye a una disfunción del esfínter anal interno y la musculatura del recto, causando un proceso inflamatorio crónico . Se ha descrito en relación a enfermedad de Crohn, estados de malabsorción, diverticulosis, tumores colorrectales y hemorroides .

Los pólipos cloacogénicos son una entidad poco frecuente en el diagnóstico diferencial de un pólipo colorrectal. Es difícil diferenciarlos de otros pólipos, ya que se manifiestan con síntomas inespecíficos como sangrado rectal, constipación y tenesmo . Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, desde la infancia hasta la cuarta década de vida . Generalmente son únicos o múltiples, miden de 1 a 5 cm, son sésiles y friables . Anatomopatológicamente, se caracterizan por presentar superficie erosionada, atipias reactivas, cambios hiperplásicos con ramificación irregular en las glándulas y tejido de granulación . El diagnóstico se realiza con colonoscopia y biopsia. El manejo definitivo es la resección del pólipo acompañado de manejo médico y apoyo en el desarrollo de hábitos saludables.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 32 años de edad, sin antecedentes mórbidos, que consulta por sangrado anal de 6 meses, rojo y fresco, intermitente, de escasa cuantía, que cedía espontáneamente. Al tacto rectal se palpa una masa polipoidea, de consistencia firme, de 4 centímetros en su eje mayor, localizada en la línea media anterior del recto. Se realizó colonoscopia y posterior resección de la lesión, remitida para biopsia, informando: “pólipo cloacogénico inflamatorio, ulcerado”.

Dado características benignas de la lesión, se indica seguimiento endoscópico semestral, quien ha evolucionado de manera satisfactoria, resolviendo su motivo de consulta inicial.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La epidemiología de esta patología no se ha reportado a nivel mundial y no existen datos a nivel nacional. Pese a ser de naturaleza benigna se recomienda resección endoscópica o quirúrgica dado su potencial riesgo de malignización, ya que, se han asociado a cáncer colorrectal en casos de recidiva . He ahí la importancia de barajar este diagnóstico diferencial y del seguimiento endoscópico periódico, como en el caso expuesto.

### **PALABRAS CLAVES**

Biopsia, Colonoscopia, Enfermedades del colon.

## “Púrpura Trombocitopénico Trombótico: Recaída y Exacerbación, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Pincheira Castillo Carolina<sup>1</sup>, Gamboa Aliaga Daniela<sup>2</sup>, Lubini Fuica Glancarlo<sup>1</sup>, Escobar Toro Nicol<sup>1</sup>, San Martín Mora Solange<sup>3</sup>

1. Estudiante de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco
2. Estudiante de Medicina, Universidad Austral de Chile, Osorno
3. Médico Cirujano

### **INTRODUCCIÓN**

La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una microangiopatía trombótica (MAT) causada por una actividad gravemente reducida de la proteasa ADAMTS13 que escinde el factor von Willebrand. Entre sus principales etiologías destacan: autoinmune, hereditaria y secundaria a fármacos. Su prevalencia anual es de diez casos por millón de personas e incidencia anual de un caso nuevo por millón de personas.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente masculino, 49 años, diagnosticado con PTT en 2016, tratado con plasmaféresis y rituximab. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de sensación febril, síntomas respiratorios altos, hematuria, cefalea, hematomas en zonas de punción e ictericia mucocutánea. Exámenes de laboratorio evidencian anemia, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia indirecta, aumento de LDH y creatinina. Se hospitaliza en cuidados intensivos por recaída de PTT e injuria renal aguda para estudio y manejo. Test de ADAMS-13 informa 11% de actividad. Se trata inicialmente con plasmaféresis y pulsos de corticoides, completando doce sesiones. Siete días después desarrolla una exacerbación clínica, con caída brusca de plaquetas, anemia hemolítica, trombocitopenia severa y aumento de creatinina. Se decide reiniciar plasmaféresis y rituximab, evolucionando con aumento progresivo de plaquetas hasta alcanzar criterios de respuesta. Se indica alta médica con rituximab profiláctico cada tres meses.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La PTT es una patología poco frecuente, considerada además una emergencia hematológica asociada a gran mortalidad (>90%) sin tratamiento. Se define clínicamente por trombocitopenia, anemia hemolítica, fiebre, deterioro cognitivo y afectación renal. Dentro de sus formas de presentación se describe: debut, recaída (trombocitopenia asociada a deficiencia grave de ADAMTS13, luego de una remisión clínica) y exacerbación (trombocitopenia producida después de respuesta clínica, dentro de los primeros treinta días posteriores al tratamiento). El caso clínico expuesto presenta historia de debut tratado en 2016, remisión clínica de siete años, recaída en 2023 y una exacerbación. Resulta relevante para el médico general el reconocimiento precoz de todas estas formas de presentación, para derivación y manejo oportuno. Además, se evidencia la importancia de la prevención de recaídas y exacerbaciones clínicas, así como la evaluación de nuevos esquemas de tratamiento y asegurar un correcto seguimiento de estos pacientes.

### **PALABRAS CLAVE**

Exacerbación, Púrpura trombocitopénica trombótica, Recidiva

## “Quiste del conducto tirogloso en preadolescente: Reporte de caso”

**Autores y tutores:** Retamal Gerschberg Sara<sup>1</sup>, Zambrano Migueles Rocío<sup>1</sup>, García Gómez Ana<sup>1</sup>, Muñoz Villagrán Sandra<sup>1</sup>, Luna Clavet Cristian<sup>2</sup>

1. Estudiante de medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción
2. Médico Cirujano, Cirujano Infantil

### **INTRODUCCIÓN**

Los quistes tiroglosos son un remanente quístico del conducto tirogloso, los cuales suelen presentarse como una masa móvil, blanda e indolora, o en caso de que se infecte, dolorosa, fistulizada, con disfagia y tos, o como una gran masa que llegue a generar obstrucción respiratoria. Estos tienen una incidencia de un 7% y suelen debutar en niños y adultos jóvenes.

### **PRESENTACION DE CASO**

Niño de 11 años sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias por aumento de volumen en zona cervical anterior de 1 mes de evolución asociado a retracción de la zona y pápulas pruriginosas de 1 semana de evolución, junto a dolor y dificultad de deglución, no asociado a fiebre. Al examen físico se aprecia aumento de volumen en línea media, levemente eritematoso, sensible a la palpación, indurado y con leve adherencia a tejidos profundos que se retrae al extender piel circundante, con lesiones tipo pápulas pruriginosas alrededor. Se realizan exámenes generales dentro de rango, junto con ecografía cervical que visualiza lesión quística dermoepidérmica en región central con contenido espeso ecogénico y contornos lobulados parcialmente delimitados, sugerente de quiste de inclusión. Se indica el alta con clorfenamina 3 días y control en policlínico de Cirugía Infantil. Tras control en policlínico y ecografía, se sospecha quiste tirogloso, por lo que se planifica resección quirúrgica. Protocolo operatorio informa identificación de conducto tirogloso a nivel del hioides, disecando periostio, desinsertando músculos y se resecando 1 cm de zona central de hioides. Se palpa vía oral, base de lengua identificando distancia de 5 mm aproximadamente entre agujero ciego y fondo de herida operatoria, realizando resección sin complicaciones. Tras dos días hospitalizado post cirugía, no presenta complicaciones y se decide alta a domicilio con analgesia.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Los quistes tiroglosos son poco frecuentes, se pueden tratar y ser resecables, pero tienen una recurrencia de un 10% en niños, de lo cual influyen las infecciones a repetición, técnica operatoria, inflamación al momento de la cirugía, presentación multiquística de las lesiones e infecciones postquirúrgicas. Es importante el diagnóstico oportuno ya que un 1% puede evolucionar a neoplasia maligna o causar complicaciones hasta la obstrucción de la vía aérea.

### **PALABRAS CLAVE**

Masa cervical, Quiste tirogloso, Tiroides

## “Quiste hidatídico perforado en paciente con dolor torácico: A propósito de un caso.”

**Autores y tutores:** Retamal Gerschberg Sara<sup>1</sup>, Cornejo Muñoz Alejandra<sup>1</sup>, Fernández Delgado Paula<sup>1</sup>, Lobos Galilea José<sup>2</sup>

1. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción
2. Médico Cirujano, Cirujano de Tórax

### **INTRODUCCIÓN**

La hidatidosis es una parasitosis zoonótica causada por una infección del género *Echinococcus*, siendo la única que tiene relevancia clínica es la *E. granulosus*. Esta enfermedad se encuentra en todo el territorio nacional, con mayor prevalencia en áreas asociadas a ganadería. Los quistes hidatídicos se pueden encontrar en casi cualquier lugar del cuerpo, siendo más frecuente hígado y pulmón. Generalmente son asintomáticos, y entre las complicaciones más frecuentes se encuentran crecimiento y compresión de estructuras adyacentes, o rotura espontánea (80%) o traumática (13%).

### **PRESENTACION DE CASO**

Paciente masculino de 38 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias por dolor en hemitórax izquierdo tipo puntada asociado a disnea. Ingresa taquicárdico, polinéico y subfebril. A la radiografía de tórax se evidencia hidroneumotórax izquierdo con desviación de la tráquea a derecha, por lo que se realiza toracostomía con aguja y se deriva a centro de mayor complejidad. Al llegar se realiza Tomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax con contraste que informa imágenes sugerentes de rotura de quiste hidatídico izquierdo con condensación atelectásica de todo el hemicampo pulmonar. Se instala drenaje pleural dando salida a 1.200 cc de líquido serohemático. Ingresa a pabellón para resolución del quiste hidatídico roto en contexto de shock séptico. Se evidencia extenso quiste hidatídico de 20 centímetros, roto a cavidad pleural, con membranas libres. Se realiza aseo, extracción de membrana parasitaria y periquistectomía con cierre de comunicaciones bronquiales. Paciente concluye el post operatorio en Unidad de Cuidados Intensivos donde evoluciona febril. Se maneja con antibioticoterapia y albendazol. Evoluciona en forma satisfactoria, se retiran drenajes pleurales con radiografías con expansión completa por lo que se otorga el alta hospitalaria.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

El hallazgo incidental es la forma más frecuente de diagnóstico del quiste hidatídico. La rotura es una complicación de alto riesgo que requiere resolución quirúrgica de urgencia. Se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial de abdomen agudo o dolor torácico, requiriendo imágenes para su confirmación diagnóstica. La cirugía de elección es la conservadora, pero se debe plantear cirugías con resección anatómica del parénquima pulmonar en casos complicados ya que suelen asociarse a mayor destrucción del parénquima circundante.

### **PALABRAS CLAVE**

Cirugía torácica, Hidatidosis, Quiste hidatídico roto

# “REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA TORÁCICA COMO TERAPIA DE HEMATOMA INTRAMURAL EN PACIENTE CON ARCO AÓRTICO TIPO BOVINO: REPORTE DE CASO”

**Autores y tutores:** Salinas Castillo Masiel<sup>1</sup>, Pozo Valdés Catalina<sup>2</sup>, Fica Morales Alejandro<sup>2</sup>, Garrido Quintana Constanza<sup>2</sup>, Robles Maldonado José<sup>3</sup>, Morales Palma Álvaro<sup>4</sup>.

1. Interna Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca.
2. Interno Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
3. Médico Cirujano, Cirugía Cardiovascular y endovascular periférico, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.
4. Médico Residente Cirugía General, Universidad de Chile, Santiago.

## **INTRODUCCIÓN:**

El hematoma intramural forma parte de las etiologías del síndrome aórtico agudo (SAA), representando el 5-20% de ellas, posee alto riesgo de complicación como rotura, derrame pericárdico, disección aórtica, entre otras. Dentro de su manejo se postula la terapia endovascular (TEVAR) o su asociación a tratamiento médico, requiriendo un estudio anatómico vascular para definir el mejor abordaje. Ante la complejidad clínica, se presenta caso clínico, en que además se suma una variante anatómica vascular, el “arco aórtico bovino”, presente en aproximadamente el 20% de la población.

## **PRESENTACIÓN DE CASO:**

Hombre, 60 años, consulta por dolor periumbilical súbito de alta intensidad, irradiado a abdomen y extremidades inferiores, asociado a diaforesis y agitación. Ingresa normotenso y bradicárdico, vigil, abdomen blando, doloroso a la palpación superficial, y equimosis en región lumbar. Se realiza AngioTAC de abdomen y pelvis evidencia hematoma intramural en aorta torácica descendente y abdominal, con extensión hasta emergencia de arteria renal derecha, no complicado. Inicia manejo médico posterior a evaluación por cirugía vascular. En control imagenológico, se pesquisa mayor extensión del hematoma, comprometiendo arteria subclavia, y arteria renal derecha, además de hallazgo de arco aórtico tipo bovino. En contexto de hematoma intramural tipo B complicado subagudo se decide intervención quirúrgica en dos tiempos. Primero, bypass carótido-subclavio izquierdo protésico y posterior instalación de endoprótesis, cubriendo arteria subclavia izquierda, respetando tronco bovino, quedando a 5 cm del tronco celíaco. Aortografía con endoprótesis in situ, sin endoleaks, bypass carótido-subclavio permeable con buen barrido hacia

subclavia izquierda. Evoluciona postoperatorio favorable, sin complicaciones

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

El manejo de hematomas aórticos intramurales es controversial a pesar de existir evidencia amplia de TEVAR en disección aórtica tipo B. Estudios observacionales muestran beneficio de TEVAR sobre terapia médica exclusiva y abordaje abierto, en casos con alto riesgo de ruptura, siempre que la anatomía sea beneficiosa para el procedimiento. El arco aórtico bovino del paciente permitió la ubicación protésica más proximal, mediante previa instalación de bypass carótido-subclavio que mantuviera flujo al brazo izquierdo, seguido de instalación de prótesis para el manejo del hematoma que respetara tanto el tronco, como la circulación cefálica y del brazo derecho.

## **PALABRAS CLAVES:**

Hematoma intramural aórtico, Procedimiento endovascular, Malformación vascular.

## “Reporte de caso: Polidactilia postaxial en extremidad inferior”

**Autores y tutores:** Silva Vergara Sofía<sup>1</sup>, Sánchez Belmonte-pool Jose<sup>1</sup>, Mehr Marchant Christine<sup>1</sup>, Queirolo Campos Javiera<sup>1</sup>, Silva Madariaga Catalina<sup>1</sup>, Rapimán González Andrea<sup>2</sup>

1. Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae
2. Médico General, Docente Universidad Finis Terrae

### **INTRODUCCIÓN**

La polidactilia es la anomalía congénita más común presente en extremidades superiores o inferiores con una incidencia de 1,6-10,7/1000 personas, existiendo una predominancia de 2:1 en hombres, afecta principalmente la mano derecha y el pie izquierdo. Corresponde a una enfermedad causada por múltiples factores genéticos y étnicos que se hereda de forma autosómica dominante. Existen diversos tipos de polidactilia, siendo los más frecuentes, la polidactilia preaxial y postaxial.

### **PRESENTACION DE CASO**

Paciente de 8 años de edad con antecedentes de síndrome nefrótico en tratamiento, polidactilia postaxial aislada (I-PAP) de tipo A con duplicación del quinto dedo del pie derecho, diagnosticada al nacimiento, sin síntomas acompañantes. El dedo duplicado está totalmente desarrollado, está articulado y es funcional. A los 2 años es sometida a tratamiento quirúrgico que evoluciona con retracción del tendón produciendo la elevación de eje del dedo residual y engrosamiento de este. A los 3 años se somete a una osteosíntesis y osteotomía de la articulación metatarsofalángica del 5to dedo, y plastia simple doble de partes blandas. Correcta evolución postoperatoria y sin molestias en la actualidad.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La I-PAP se agrupa en los tipos A y B, según las características del dedo adicional. La I-PAP A corresponde a un dedo extra articulado, funcional y desarrollado, y la I-PAP B como un dedo extra incompletamente desarrollado, no articulado ni funcional, este tiene mayor prevalencia y no está asociada a otras malformaciones ni patologías. La I-PAP A, puede asociarse a anemia de Fanconi, síndrome de Bardet - Biedl, trisomía 13, etc. Por ello, al momento de pesquisar es importante buscar síntomas y signos para descartar la presencia de otras malformaciones o síndromes. El presente reporte, es poco frecuente y

bastante particular, pues varios estudios indican que esta malformación tiene una mayor prevalencia en hombres, mayor afectación de las extremidades superiores, la paciente no presenta ninguna otra malformación ni patología. Cabe destacar que a pesar de que el manejo quirúrgico fuera realizado a temprana edad y con la técnica ideal, requirió una nueva intervención debido a complicaciones.

### **PALABRAS CLAVE**

Herencia autosómica recesiva; Malformación congénita; Polidactilia postaxial

## Restricción del crecimiento intrauterino severo: A propósito de un caso.

**Autores y tutores:** Hassan González Gadir<sup>1</sup>, Castelli Abarca Fiorenza<sup>1</sup>, Contreras Marambio Julio<sup>1</sup>, Cornejo Reyes Jesús<sup>1</sup>, Castillo Amulef, Francisca<sup>1</sup>, Lozada El Khouri Yolanda<sup>2</sup>

1. Interno/a Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) severa se define como fetos que se encuentran con peso ultrasonográfico estimado por debajo del percentil 3 (p3) para la edad gestacional (EG), y precoz si se pesa antes de las 32 semanas de EG. La RCIU presenta un riesgo aumentado de padecer enfermedades perinatales a corto plazo traduciéndose en mayor mortalidad perinatal, el que aumenta a menor percentil. En este caso seleccionado describiremos la importancia del screening y tratamiento oportuno de la RCIU.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Mujer de 28 años, nulípara, con antecedente de HTA, diagnosticada durante el embarazo tratada con nifedipino y aspirina, en seguimiento desde las 16+4 semanas de gestación. En ecografía 22-24 semanas se pesa RCIU severo precoz asociado a doppler de arteria umbilical (AU) con aumento de resistencia y flujo diastólico presente, doppler de arteria cerebral media (ACM) normal y doppler de arterias uterinas (AUt) con aumento de resistencia y escotadura bilateral. Se decide hospitalizar a las 27+2 semanas para monitorización de RCIU tipo III. Se realiza amniocentesis con FISH sin alteraciones, cariotipo normal y estudio TORCH negativo. Se realiza control ecográfico bisemanal y a la semana 28+5 de EG presenta doppler de AU con flujo diastólico ausente, doppler de ACM alterado y ductus venoso con índice de pulsatilidad aumentado. Dado lo anterior, se decide la interrupción del embarazo a través de cesárea de urgencia. Se obtiene una recién nacido (RN) vivo de sexo femenino, peso de 567 gramos, talla de 28 cm y APGAR 2-6. Debido a múltiples complicaciones, además de las malas condiciones de la RN al momento del parto, fallece a las 36 horas de vida.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La morbimortalidad perinatal está incrementada en los embarazos con RCIU, la cual aumenta a medida que el percentil de peso disminuye llegando a alcanzar un 90% en gestaciones menores de 26 semanas y 30-40% en gestaciones entre 26+0 y 27+9

semanas. En este caso, a pesar de la pesquisa precoz y tratamiento oportuno, el riesgo de muerte fetal y los riesgos maternos eran mayores si el embarazo se prolongaba. Por eso bajo la evidencia actual se indica interrupción vía cesárea con resultados fatales para la RN. Es relevante encontrar medidas de screening que antecedan al deterioro placentario como también optimizar el tratamiento antes que avance a RCIU severa para así ofrecer mejores desenlaces materno-fetales.

### **PALABRAS CLAVE**

Ultrasonography, Doppler, Fetal Development, Fetal Growth Retardation/diagnosis.

## “Riñón en herradura asociado a hidronefrosis, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Sepúlveda Zúñiga Vania<sup>1</sup>, Urrutia Pareja Francisca<sup>1</sup>, Ruminot Véliz Alexa<sup>1</sup>, Sandoval Arriagada Javiera<sup>1</sup>, Villena Cárcamo José<sup>1</sup>; Sandoval Arriagada Cristian<sup>2</sup>

1. Interno(a) Medicina, Universidad de la Frontera
2. Médico cirujano, Universidad de la Frontera

### **INTRODUCCIÓN**

El riñón en herradura se define como una anomalía no fatal del desarrollo renal por un déficit embriológico, en la que se presentan fusionados ambos polos renales inferiores. Esta anomalía se presenta en uno de cada 400-500 nacimientos, siendo más frecuente en varones a razón de 2:1. Habitualmente, su diagnóstico es incidental como consecuencia del estudio de alguna patología abdominal o urológica

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 37 años sin antecedentes, consulta en urgencias por cuadro de 3 días de dolor intenso en fosa iliaca izquierda, al examen físico destaca abdomen doloroso a la palpación, blumberg dudoso, se toman exámenes de laboratorio: crea 1.36, resto normal. PielotAC: riñón en herradura, nefrolitiasis bilateral, hidroureteronefrosis izquierda determinada por un cálculo obstructivo de 4mm. Se hospitaliza y se realiza ureterolitotomía endoscópica y se instala catéter doble J izquierdo. Por buena evolución se da de alta.

tumores, por lo que es fundamental su derivación oportuna.

### **PALABRAS CLAVES**

Anomalías congénitas; Desarrollo embrionario; Hidronefrosis.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El riñón en herradura es una patología poco frecuente, con una prevalencia de un 0.25% en la población general.

Las personas que presentan esta anomalía suelen ser asintomáticas, pero en ciertos casos pueden presentar complicaciones. Tiene un buen pronóstico en la mayoría de los casos, por lo que no requiere tratamiento a menos que se presente con posibles complicaciones, como en este caso.

Es importante sospechar esta patología frente a un paciente con antecedente de cálculos renales, hidronefrosis e infecciones urinarias a repetición. Si bien no es una patología grave, se ha descrito un mayor riesgo de malignización con el desarrollo de

## “Síndrome de Guillain-Barré, la importancia de su detección precoz. A propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Bolomey Leiva Catalina<sup>1</sup>, Flores López Prissila<sup>1</sup>, Martínez Castro Alejandro<sup>1</sup>, Kuramochi Hellwig Kai<sup>1</sup>, Montalbetti Cortés Freddy<sup>2</sup>, Gonzáles Largo Daniela<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
3. Médico Cirujano, Universidad de Concepción. Neuróloga, Universidad de Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda y constituye una emergencia neurológica. A menudo se desarrolla tras infecciones respiratorias o gastrointestinales. A pesar de que diagnosticar la forma clásica es simple, existen limitaciones en los criterios que pueden pasar por alto algunas variantes del síndrome. Un diagnóstico precoz y la implementación de un manejo adecuado son fundamentales, ya que ejercen un impacto significativo en el pronóstico y rehabilitación del paciente afectado.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente con antecedente de gastroenteritis de dos semanas de evolución, presenta paresia en extremidad superior derecha, que progresa comprometiendo marcha, por lo que consulta en un hospital de baja complejidad. Al examen físico destaca cefaloparesia flexora, paresia braquial bilateral mayor a distal y paresia crural bilateral mayor a distal. Por sospecha de una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA), se deriva a un hospital de referencia. La punción lumbar revela un líquido cefalorraquídeo claro y transparente, proteínas 349mg/dL, glucosa 54mg/dL, eritrocitos 0 células/mm<sup>3</sup>, leucocitos 0 células/mm<sup>3</sup>. Resonancia magnética de columna sin lesiones. Durante la hospitalización en la unidad de tratamiento intensivo se realiza plasmaféresis por 5 días, evolucionando favorablemente. Se resuelve cefaloparesia, sin progresión de debilidad ni compromiso ventilatorio.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La mayoría de los pacientes reportan una infección anterior en las cuatro semanas anteriores al SGB. Las manifestaciones clínicas características incluyen debilidad muscular progresiva, simétrica, acompañada de ausencia o disminución de los reflejos tendinosos profundos, síntomas sensoriales y disautonomías. En el diagnóstico diferencial del SGB se deben considerar condiciones médicas que también dañan los nervios periféricos, como otras

polineuropatías agudas, polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, enfermedades de la médula espinal, afectaciones en la unión neuromuscular, patologías musculares; además de patologías cerebrales y del tronco encefalo. Cualquiera sea la sospecha, demanda una evaluación más detallada para establecer un diagnóstico preciso. Considerando la infección previa y los síntomas clínicos exhibidos por la paciente, resultó esencial que el médico a cargo de su atención diagnostique inicialmente PDIA. Esta sospecha permitió llevar a cabo de manera expedita la derivación, estudio, diagnóstico y tratamiento, asegurando la prevención de la progresión de la enfermedad.

### **PALABRAS CLAVE:**

Guillain-Barré, Inmune, Polineuropatía

## Síndrome de Lisis Tumoral Espontáneo en Tumor Sólido, a propósito de un caso.

**Autores y tutores:** Berwart Ramírez Felipe<sup>1</sup>, Sepúlveda Moraga Sofía<sup>2</sup>, Contreras Orinueta Jesús<sup>3</sup>, Juri Yamal Diego<sup>2</sup>, Camelio Opazo Josefina<sup>1</sup>, Alarcón Pinchart Juan<sup>4</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad de los Andes
2. Interno de Medicina, Universidad Mayor Santiago
3. Alumno quinto año de Medicina, Universidad Mayor Santiago
4. Médico Cirujano, Hospital Clínico FACH

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de lisis tumoral espontáneo (SLTE) es una complicación infrecuente en neoplasias sólidas y ocurre en ausencia de tratamiento. Corresponde a la liberación repentina de contenido intracelular al intravascular. Su incidencia es menor a un 0.3% y se da principalmente en tumores hematógenos, existiendo muy pocos reportes en neoplasias sólidas. Presenta alta tasa de mortalidad, hasta 80%, si no se maneja de manera precoz y adecuada. Se presenta un caso inusual de lisis tumoral espontánea en carcinosarcoma cervicouterino.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 70 años con diagnóstico reciente de carcinosarcoma cervicouterino, en estudio para iniciar quimioterapia, usuaria de rivaroxabán y paracetamol. Ingresa al servicio de urgencias por resultados alterados en estudios de laboratorio. Al examen físico destaca, en lo patológico: desorientación temporoespacial, bradipsiquia, asterixis, abdomen indurado e indoloro y extremidades inferiores con importante edema bilateral. En exámenes destaca falla renal aguda KDIGO III con elevación de BUN, LDH, kalemia, fosfemia, uricemia y alfaFP. Se diagnostica SLTE, se inicia volemicización agresiva, medidas hipokalemiantes, corticoides y alopurinol. Ante explicación del pronóstico, familiares deciden no dializar y aceptan limitar esfuerzo terapéutico. Fallece a los 5 días.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El SLTE corresponde, fisiopatológicamente, a lisis celular aguda y masiva. Se genera desbalance metabólico e hidroelectrolítico, y falla renal por depósito de cristales de ácido úrico en el sistema tubular. Los principales factores de riesgo son: alto grado tumoral y alta tasa proliferativa, especialmente en tumores hematológicos; y alta sensibilidad a la

terapia citotóxica. Respecto a tumores sólidos, existen pocos reportes de SLTE, pero, considerando los casos de lisis inducidas por terapia, se han descrito como más frecuentes los secundarios a carcinomas pulmonares de células pequeñas, mama, células germinales, melanomas y sarcomas. Para el diagnóstico se requiere demostrar: hiperuricemia, hiperfosfemia, hiperkalemia e hipocalcemia. El manejo consiste en volemicización agresiva, control hidroelectrolítico y alopurinol, seguido, eventualmente, de diálisis.

Considerando que el SLTE en tumores sólidos es infrecuente, pero de alta mortalidad, al tener la sospecha, por baja que sea, es imperativo enfrentarlo como tal, ya que el pronóstico depende de la agresividad y rapidez terapéutica.

### **PALABRAS CLAVES**

Carcinosarcoma Cervicouterino, Síndrome de lisis tumoral, Trastorno electrolítico

## “Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser como causa de amenorrea primaria: a propósito de un caso

**Autores y tutores:** Ávila Gatica Claudia<sup>1</sup>, Andrade Aguilar Gabriela<sup>1</sup>, Arroyo Flores Loreto<sup>1</sup>, Vallejos Castillo Fernanda<sup>1</sup>, Sepúlveda Mainhard Matías<sup>1</sup>, Melo Escobar Carlos<sup>2</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor Temuco
2. Médico Cirujano, CESFAM Pitrufoquén

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Mayer Rokitanski Kauster Hauser (MRKHS por sus siglas en inglés) o agenesia mülleriana es una anomalía congénita rara con incidencia de 1 cada 5000 mujeres, caracterizado por aplasia útero-vaginal, características sexuales secundarias presentes y cariotipo 46XX. La mayoría de los casos se presentan como pacientes con amenorrea primaria y aspecto fenotípico normal. Varios defectos genéticos se han correlacionado con la presencia de MRKHS, sin embargo, la etiología exacta sigue siendo desconocida.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente entrega consentimiento informado. Se trata de paciente femenina de 19 años, sin antecedentes mórbidos que consulta por dolor hipogástrico, a la anamnesis dirigida refiere que aún no presenta menarquía. Al examen físico destaca desarrollo de caracteres sexuales secundarios, mamas estadio Tanner 4, al tacto vaginal: vagina estrecha, no se logra palpar cuello uterino. Se solicitan exámenes hormonales (hormonas tiroideas, FSH, LH, 17-OH progesterona, estradiol, prolactina, testosterona, y DHEA-S) dentro de límites normales y ecografía abdominal donde no se observa útero, por lo que se solicita resonancia nuclear magnética (RNM) y cariotipo. Paciente se realiza RNM extrasistema que informó agenesia de útero, cuello uterino y del tercio proximal de la vagina, cariotipo 46XX, compatible con MRKHS.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El MRKHS tiene una prevalencia estimada de 1 de cada 5000 mujeres, debe sospecharse en pacientes que presentan amenorrea primaria con características sexuales secundarias, perfil hormonal normal y cariotipo 46XX. El estudio imagenológico es fundamental para hacer el diagnóstico de MRKHS, siendo la RNM el mejor estudio disponible, siendo una alternativa diagnóstica a la laparoscopia. El manejo de estas pacientes es complejo y requiere un enfoque multidisciplinario para abordar los problemas ginecológicos, sexuales, emocionales y de fertilidad. Existen diversas opciones de tratamiento,

siendo la primera línea el alargamiento vaginal no quirúrgico mediante dilatación, la creación de una neovagina y la llegada del trasplante de útero como primer tratamiento de fertilidad disponible que ha brindado una nueva esperanza para estas pacientes de lograr maternidad biológica.

### **PALABRAS CLAVES**

Útero, Síndrome, Amenorrea

## Síndrome de Ramsay Hunt Atípico en Adulto Mayor Inmunocompetente. Reporte de Caso

**Autores y tutores:** Almonte Batista Byhamny<sup>1</sup>, Saldes Pacheco Javiera<sup>2</sup>, Torres Zamora Carlos<sup>2</sup> y Rocco Castillo Matías<sup>3</sup>, Valderrama Campos Viviana.<sup>4</sup>

1. Médico General, Pasante de Neurología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco
3. Médico General, Becado de Neurología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile.
4. Neuróloga de Adultos, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Ramsay Hunt (SRH) es la reactivación del virus Varicela Zoster (VVZ) en el ganglio geniculado del nervio facial. Su diagnóstico es clínico, describiéndose como triada clásica: otalgia de carácter urente, parálisis facial periférica (PFP) y erupciones vesiculares en el área de Ramsay Hunt. No obstante, presenta una amplia variabilidad clínica, siendo sus diagnósticos diferenciales la otitis externa aguda, parálisis facial idiopática, encefalitis viral y ataque cerebrovascular de fosa posterior. Es la segunda causa de PFP no traumática, con incidencia de 5 cada 100.000 habitantes en EE.UU, aumentando en pacientes expuestos a radioterapia, terapias inmunosupresoras y VIH positivo.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Femenina 66 años con antecedentes de diabetes mellitus y exposición a radioterapia por cáncer de mama es hospitalizada por diagnóstico de SRH derecho estadio III tras múltiples consultas en el Servicio de Urgencias por síndrome vertiginoso, hipoacusia aguda derecha, PFP ipsilateral y lesión costrosa en conducto auditivo externo (CAE) de 3 semanas previas, refractarios a tratamiento sintomático. En el examen neurológico destaca disartría secundaria a PFP derecha (House-Brackmann 4), hipoacusia bilateral, y Romberg sensibilizado a derecha. Serología VIH, VDRL, Hepatitis B y C negativas, TAC sin hallazgos agudos. Audiometría/impedanciometría compatible con hipoacusia neurosensorial derecha.

Se inicia valaciclovir 1g c/8h y por cefalea Holocraneana EVA 8/10 durante hospitalización se solicita punción lumbar (Leucocitos 60, Glucosa 108, Polimorfonucleares 42. Cultivo y Panel PCR de CMV, VHS 1 y 2 y VVZ negativos). Dado su carácter inflamatorio, se continua con aciclovir EV por 7 días, posteriormente alta con traslape a Valaciclovir por 7 días, en buenas condiciones generales, con persistencia de PFP derecha con cierre ocular derecho y neurorehabilitación ambulatoria.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Si bien el SRH tiene una presentación clínica clásica el 30% de los casos

cursan sin vesículas y algunos pacientes presentan la inflamación del CAE. En este marco, nuestra paciente consulta por lesión en pabellón auricular, vértigo e hipoacusia de instalación brusca y luego de múltiples consultas y debido a la mala evolución y el desarrollo de PFP se realiza la sospecha diagnóstica, aún en ausencia lesiones herpéticas y sin otalgia significativa, siendo descartados los diagnósticos diferenciales con estudios realizados. De igual modo, no se constatan causas hematológicas o infecciosas de inmunodeficiencia.

En relación al tratamiento, los antivirales y corticoides reducen tiempo e intensidad de los síntomas y como factores de mal pronóstico se constatan alto grado en escala de House-Brackmann, hipoacusia, el antecedente de diabetes mellitus y el diagnóstico tardío. Se concluye que es relevante la sospecha clínica de SRH en el servicio de urgencias debido al envejecimiento y uso de inmunosupresores en la población.

### **PALABRAS CLAVES**

Síndrome Ramsay Hunt; Parálisis Facial, Hipoacusia

## “Síndrome de Takotsubo como diagnóstico diferencial del síndrome coronario agudo”

**Autores y tutores:** Saldaña Castillo Alejandro<sup>1</sup>, Becerra Castillo Valentina<sup>1</sup>, Montalbán Gutiérrez Leonardo<sup>1</sup>, Silva Beltrán Gerald<sup>1</sup>, Mendoza Mackenzie Gabriela<sup>1</sup>, Saldaña Castillo Javier<sup>2</sup>

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco
2. Médico Internista Universidad de Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Takotsubo (STT) es una miocardiopatía en donde el ventrículo izquierdo adquiere apariencia de globo apical, predomina en el sexo femenino, con una edad media de 60 a 75 años. Clínicamente puede ser indistinguible de un síndrome coronario agudo (SCA) por lo que la realización e interpretación correcta de pruebas complementarias desempeñan un papel fundamental en la distinción entre ambas enfermedades.

A continuación, se presenta el caso de una mujer que desarrolla episodio de STT sin factor desencadenante claro, diagnosticándose mediante una ventriculografía.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina, 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y artrosis. Consulta a urgencias por dolor torácico de inicio súbito donde se sospecha SCA sin supradesnivel del ST con clínica compatible y troponina T en 850, en base a esto se decide enviar a coronariografía en donde se constatan coronarias limpias con importante hipoquinesia anteroapical en la ventriculografía, diagnosticándose STT. Para continuar estudio se realiza ecocardiograma y RNM en donde se visualiza hipertrofia excéntrica y función ventricular preservada, con alteraciones de motilidad segmentaria.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Si bien la incidencia del STT en la población es desconocida, se estima que afecta acerca del 2% de los pacientes con sospecha de SCA. El STT se caracteriza por una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo acompañado de dolor torácico de características isquémicas y disnea. Al ser el SCA el principal diagnóstico diferencial, la coronariografía es el Gold standard para excluir la oclusión coronaria, mientras que en la ventriculografía y RNM permite demostrar las alteraciones de motilidad asociadas a esta patología

### **PALABRAS CLAVES**

Síndrome coronario agudo, Takotsubo, ventriculografía

## “Síndrome de Tolosa-Hunt recidivante, a propósito de un caso”

**Autores y Tutores:** Contreras Schurch Alejandra<sup>1</sup>, Figueroa Scholz Francisca<sup>1</sup>, Monsalve Saldivia Sofía<sup>1</sup>, Herrera Suárez Diego<sup>1</sup>, Gatica Martínez Nicolás<sup>1</sup>, Yáñez Bustos Karen<sup>2</sup>, Silva Valenzuela Rosa<sup>2</sup>

1. Interno(a) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
2. Residente de Medicina Interna, Universidad de la Frontera, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Tolosa-Hunt (STH) es una afección rara cuya incidencia se estima entre 1-2 casos por millón. Se caracteriza por dolor orbitario unilateral y paresia de músculos oculomotores, principalmente asociado a una inflamación granulomatosa del seno cavernoso, con una buena respuesta a tratamiento corticoideo. La edad promedio de aparición es de aproximadamente 41-58 años, con un mayor riesgo de recurrencia cuando se presenta en edades tempranas, como el presente caso.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 31 años, con antecedente de STH idiopático el año 2016, de manejo hospitalizado, con estudio imagenológico normal. 19/10/2023 presenta cuadro de herpes zoster intercostal tratado con aciclovir oral por 8 días. Evolucionando a los 5 días con diplopía y dolor ocular izquierdo, acompañado de vértigo y cefalea hemicránea izquierda. Consulta 28/10/2023 en urgencia, TAC cerebro sin lesiones evidentes, por lo que se indica pregabalina y manejo ambulatorio. Reconsulta a los 5 días por intensificación de síntomas. Evaluado por neurólogo destaca limitación en abducción, aducción y miradas verticales de ojo izquierdo, reflejo corneal conservado; resto sin alteraciones. Se decide hospitalizar para estudio y manejo. Exámenes de laboratorio solamente destaca trombocitosis 715.000/uL. Se realiza RNM que impresiona ocupación del seno cavernoso izquierdo, compatible con Sd. Tolosa-Hunt recidivante por clínica e imagen. Se indica metilprednisolona por 3 días, luego prednisona en decalaje. Además, se solicitan exámenes infectológicos, metabólicos e inmunológicos para búsqueda diagnóstico diferencial, actualmente pendientes.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El STH representa del 2,9-3,4% de todos los casos de oftalmoplejía dolorosa. Siendo una entidad nosológica rara per se, se decidió presentar el caso debido a la relación estadísticamente significativa entre la recidiva del STH y la edad más temprana de presentación. En nuestro caso, el paciente cursó con su primer episodio a los 24 años, estando alejado de la edad promedio de presentación (41-58 años). El diagnóstico se realiza con la clínica de cefalea orbital, paresia del III, IV /o VI par craneal, e inflamación granulomatosa demostrada por resonancia magnética o biopsia. El diagnóstico diferencial es múltiple, ya sea por causas neoplásicas, vasculares, inflamatorias, infecciosas, entre otras.

### **PALABRAS CLAVES**

Tolosa-Hunt Syndrome, Ophthalmoplegia, Diplopia, Recurrence.

## “Síndrome febril sin foco secundario a Endocarditis Subaguda en Prótesis Valvular Cardíaca biológica por *Streptococcus pneumoniae*”

**Autores y tutores:** Garrido Casanova Valentina<sup>1</sup>, Garrido Escárte Bárbara<sup>1</sup>, Lillo Leonelli Camila<sup>1</sup>, Valdés Brand Diego<sup>1</sup>, Maldonado Bascur Diego<sup>1</sup>, Carrasco Recabarren Rene<sup>2</sup>.

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

### **INTRODUCCIÓN**

La endocarditis infecciosa (EI) es una patología potencialmente mortal, afecta el endocardio e involucra la infección de una o más válvulas cardíacas o de un dispositivo intracardiaco. La EI de válvula nativa es más frecuente que la EI de válvula protésica (EVP). Sin embargo esta representa el 10 a 30% de los casos de endocarditis, y ocurre entre el 1 y 6% de los pacientes con prótesis valvulares, principalmente durante los primeros 6 meses posteriores a la cirugía. A pesar de esta relativamente baja incidencia, la EVP es relevante ya que presenta elevada morbilidad y mortalidad.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenino, 58 años, antecedente de reemplazo valvular aórtico biológico hace 2 años. Consulta por cuadro febril de 14 días, asociado a escalofríos, mialgias y artralgias, con múltiples consultas sin foco identificable. Test Influenza y PCR Covid (-).

Destaca soplo sistólico en foco aórtico, PCR 70 mg/dl. Se realiza estudio en búsqueda de foco infeccioso no cardíaco, patología Autoinmune y Neoplásica, sin hallazgos. Se rescatan 3 set de hemocultivos con desarrollo de *Streptococcus pneumoniae*. Ecocardiograma transtorácico: endocarditis no descartable. Ecocardiograma transesofágico: probable pequeña vegetación en prótesis biológica aórtica. Se indicó antibioticoterapia empírica y luego ajustada según cultivos. Se deriva caso para resolución por Cardíocirugía.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

La microbiología de la EVP depende del tiempo transcurrido desde la implantación. El punto de corte entre EVP precoz y tardía es de 12 meses. En la EVP precoz predomina el *Staphylococcus aureus*, los estafilococos coagulasa-negativos, enterococos, hongos y bacilos gramnegativos. En la EVP tardía los microorganismos implicados son similares a los encontrados en EI sobre válvula nativa, principalmente estafilococos, estreptococos del grupo viridans y enterococos.

El *S. pneumoniae* es un patógeno oportunista que coloniza la mucosa del tracto respiratorio superior, en personas sanas. Produce gran variedad de cuadros clínicos; dentro de las infecciones invasivas la EVP es una forma de

presentación rara con una incidencia de menos del 1% a los 12 meses desde la implantación. Si bien en la EVP la microbiología es relativamente predecible, es relevante la infrecuencia del patógeno aislado.

### **PALABRAS CLAVES**

Endocarditis, Prótesis Valvular Cardíaca, *Streptococcus pneumoniae*.

## Síndrome nefrótico de rápida instalación, a propósito de un caso

**Autores y tutores:** Diener Celedón Nicolás<sup>1</sup>, Navarrete Ortiz Pablo<sup>1</sup>, Gatica Martínez Nicolás<sup>1</sup>, Quezada Navarro Vicente<sup>1</sup>, Sánchez Nualart Martín<sup>1</sup>, Aguilera Conejeros Stephanie<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Médica Cirujana, Universidad de La Frontera, Temuco

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome nefrótico (SN) es un conjunto de entidades que se caracterizan principalmente por proteinuria  $>3,5$  g/24 hrs, asociado a esto podemos tener otras manifestaciones como hipoalbuminemia, edema periférico y dislipidemia, a continuación, se presenta un caso de rápida instalación (menos de 6 meses) que requirió estudio para identificar etiología e indicar tratamiento.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 51 años, sexo femenino, obesa, hipertensa, artritis reumatoide (enero 2021) sin tratamiento.

Hipertensión diagnosticada en diciembre 2021, de mal control pese a tratamiento; sobregregado se desarrolla un edema progresivo de miembro inferior que persiste hasta la nueva consulta en marzo 2022, los exámenes de control evidencian falla renal (creatinina en 2.2 mg/dL, basal de 0,65 mg/dL) por lo que se realiza interconsulta a nefrología.

Paciente reingresa a inicios de junio del 2022 con edema generalizado para continuar estudio, en exámenes se evidencia un alza de creatinina hasta 3.4 mg/dL. Adicionalmente se realiza ecografía abdominal que describe riñones sin hallazgos patológicos y proteinuria en 24 hrs de 13 gr.

Durante hospitalización continuó estudio autoinmune, resultando negativo. Biopsia renal informa: “Glomerulopatía membranosa, con proliferación mesangial, compromiso tubulointerstitial y vascular leve. IF con patrón membranoso característico” Como estudio complementario se rescata antiPLA2R (+). Se realiza diagnóstico de Nefropatía membranosa (NM) primaria, se inicia Rituximab, con buena respuesta.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Dentro de las etiologías de SN el 30% está asociado a patologías crónicas, el resto de las patologías asociadas son alteraciones primarias renales, de estas últimas las principales son la NM y la enfermedad

por cambios mínimos. Dada la epidemiología de NM y la presentación concordante del caso se decide enfocar el estudio en dicha patología.

La carga de patologías de la paciente hizo pensar una etiología asociada a estas, pero dado el breve periodo de evolución desde el diagnóstico, se desestimó. Debido a la rápida progresión de la falla renal y la proteinuria mayor a 10 gr/día se sospechó una NM primaria. Debido a la falla de tratamiento con corticoides y con los exámenes pertinentes; una vez confirmado el diagnóstico, se inició tratamiento biológico.

### **PALABRAS CLAVES**

Síndrome nefrótico, Glomerulonefritis, Nefropatía membranosa

## “Síndrome Riñón-Pulmón: Hemoptisis como signo de alarma en APS.”

**Autores y tutores:** Jequier Hermosilla Annette<sup>1</sup>, Arias Ramírez Manuel<sup>1</sup>, Yussem Fernández María Loreto<sup>1</sup>, Venegas Sanhueza Matías<sup>1</sup>, Ihl Herbach Claudia<sup>2</sup>.

1. Interno (a) de Medicina, Universidad de Concepción.
2. Médica Cirujana, EDF Hospital de Bulnes, Bulnes.

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome riñón-pulmón (SRP) se caracteriza por hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP). Es infrecuente, pero altamente mortal. Se suele presentar entre los 40 y 55 años de edad, con mayor frecuencia en el género masculino. La HAD puede manifestarse por hemoptisis, y la GNRP, con febrícula, edema, pérdida de peso y astenia. Se presentará un caso de SRP, con el objetivo de destacar la importancia de su sospecha y diagnóstico precoz en el pronóstico.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 57 años que consulta en CESFAM por cuadro de tres meses de hemoptisis, disnea, pérdida de peso, compromiso del estado general (CEG) y edema. Inicialmente solo se realiza manejo sintomático, con antitusígenos y analgesia. En control posterior, dado hallazgos de anemia severa y lesión renal aguda, se deriva a centro de referencia.

Imagenológicamente presenta a nivel pulmonar opacidades en vidrio esmerilado y consolidaciones bilaterales, compatibles con HAD, confirmándose con lavado broncoalveolar. Se inician bolos de metilprednisolona y luego prednisona vía oral. Evoluciona con empeoramiento de función renal, requiriendo hemodiálisis. El estudio inmunológico presenta positivos anticuerpos antinucleares, antimieloperoxidasa (MPO) y P-ANCA. Se maneja con plasmaféresis y rituximab. Evoluciona estable, en hemodiálisis permanente, con resolución del cuadro agudo.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El SRP contempla variadas patologías con distintos mecanismos patogénicos; destaca la presencia conjunta de GNRP y HAD. Dentro de éstas, las etiologías más frecuentes son la enfermedad antimembrana basal glomerular, microangiopatía trombótica y las vasculitis sistémicas, y entre estas últimas, las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) positivas. El

tratamiento del SRP contempla manejo por un equipo multidisciplinario, frecuentemente a través de una fuerte inmunosupresión para controlar la enfermedad activa.

En este caso, dado el estudio inmunológico, el diagnóstico presuntivo corresponde a una Poliangeítis microscópica (PAM), dado los P-ANCA y MPO positivos, sin embargo, el diagnóstico definitivo lo hace la biopsia.

Aunque el SRP presenta afectación de ambos sistemas, debe sospecharse en GNRP o hemoptisis aisladas. Aunque infrecuente, debe sospecharse inicialmente frente a un cuadro compatible y referirse a centro de mayor complejidad, para diagnóstico y tratamiento oportuno, que pueden evitar daño orgánico irreversible y disminuir mortalidad.

### **PALABRAS CLAVES**

Glomerulonefritis, Hemorragia alveolar, Síndrome riñón-pulmón.

## “Teratoma maduro de gigante como hallazgo ecográfico: reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Vallejos Castillo Fernanda<sup>1</sup>, Arroyo Flores Loreto<sup>1</sup>, Vargas Zúñiga Valentina<sup>2</sup>, Ávila Gatica Claudia<sup>1</sup>, Concha Hernández Carolina<sup>3</sup>.

1. Interna de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco.
3. Médico cirujano, CESFAM Nueva Imperial.

### **INTRODUCCIÓN**

Los tumores de células germinales ováricas (OGCT) se originan de las células germinales en una falla de la meiosis o de las células premeióticas. En ellos pueden consistir células derivadas de una o más de las 3 capas germinales (ectodermo, mesodermo y endodermo). Pueden ser benignos (p. ej., teratoma maduro) o malignos (p. ej., teratoma inmaduro, disgerminoma). Los OGCT comprenden aproximadamente del 20 al 25 por ciento de las neoplasias de ovario en general, pero solo representan alrededor del 5 por ciento de todas las neoplasias malignas de ovario. Los OGCT se encuentran principalmente en mujeres jóvenes de entre 10 y 30 años de edad.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 22 años, obesa, asintomática, se realiza ecografía abdominal con hallazgo incidental de gran masa hipogástrica de aspecto quístico de 14x8x13 centímetros, se sospecha masa anexial y se deriva a especialidad. Acude a control ginecológico, donde se realiza ecografía transvaginal evidenciando ovario izquierdo aumentado de tamaño con áreas sólidas sin hipervascularización que mide 13.8x12.1 centímetros. Se diagnostica tumor ovárico izquierdo GIRADS 3, y se correlaciona con marcadores tumorales que resultan normales. Dado el gran tamaño tumoral, se realiza salpingooforectomía izquierda por laparotomía con biopsia que informa teratoma maduro.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En general, los teratomas maduros tienen un tamaño de aproximadamente 10 centímetros y suelen acompañarse de una clínica inespecífica que varía

desde masa y dolor abdominal hasta pubertad precoz y síntomas de embarazo. El caso expuesto trata de paciente asintomática sin estudios imagenológicos previos, con masa abdominal inadvertida dado gran pániculo adiposo, lo que dificultó el diagnóstico y tratamiento precoz de la masa anexial, llevando a una salpingooforectomía sin poder conservar tejido ovárico funcional. Es importante realizar chequeo preventivo en búsqueda de masas anexiales en mujeres que inician controles ginecológicos, sobre todo si presentan algún síntoma inespecífico sospechoso. De esta manera en caso de algún hallazgo, se podrá ofrecer un manejo conservador según las características de la masa encontrada.

### **PALABRAS CLAVES**

Teratoma, Ovario, Ecografía

## Traumatismo Penetrante Raquídeo T11-T12 Sin Déficit Neurológico, presentación de un caso

**Autores y tutores:** Berwart Ramírez Felipe<sup>1</sup>, Camelio Opazo Josefina<sup>1</sup>, Fuchs Gonzalez Catalina<sup>1</sup>, Soffia Paredes María Constanza<sup>1</sup>, Cabrera Artal Maximiliano<sup>1</sup>, Berwart Cancino Francisco<sup>2</sup>

1. Interno VII año Medicina, Universidad de los Andes
2. Neurocirujano, Jefe Unidad de Neurocirugía, Hospital Roberto del Río

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones medulares por arma blanca son infrecuentes, siendo menos del 1.5% de los traumas medulares. Estas, comúnmente, generan un síndrome de hemisección medular (Brown-Sequárd) . En la evaluación inicial corresponde un enfoque sistemático y una evaluación neurológica estandarizada, como el ASIA, seguido de estudio imagenológico para caracterizar la lesión y programar la resolución. Se presenta un caso con lesión penetrante raquídea a nivel torácico por arma blanca sin déficit neurológico.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 14 años, sin antecedentes, ingresa a urgencias, caminando, por reciente trauma por puñalada. Se constata ventilación y hemodinamia normales, y la presencia de 2 heridas cortantes dorsales, una superficial a nivel T3 sin hemorragia y una profunda con cuerpo extraño in situ a nivel T11 paramediano izquierdo con escasa hemorragia y mínimo flujo de líquido claro (LCR). Al examen neurológico sin focalidad, destacando ausencia de compromiso clínico de cono (esfínteres y sensibilidad indemnes). En TAC se demuestra cuchillo en posición intradural impactado contra pared posterior del cuerpo de T12, con aire intrarraquídeo. Neurocirugía indica vancomicina y meropenem, se mantiene PAM elevada y se realiza aseo quirúrgico y durorrafia de urgencia evidenciándose pequeña contusión del cono medular. Evoluciona favorablemente, manteniendo indemnidad neurológica y ausencia de infección.

pero se evidenció salida de LCR, lo que se ve únicamente en un 4% de los casos , confirmando clínicamente el compromiso penetrante, por lo que es fundamental una evaluación exhaustiva y sistematizada, independiente del estado neurológico inicial.

La resonancia magnética (gold standard) queda contraindicada por el cuerpo extraño, recurriéndose al scanner, que es rápido y confiable .

El tratamiento debe ser estandarizado, como ATLS, para estabilizar la condición general y evitar el daño secundario. Este último se minimiza con un adecuado tratamiento antibiótico y control de la PAM con normotensión en rango elevado.

### PALABRAS CLAVES

Cono medular, Hemisección medular, Trauma Raquídeo.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los traumas penetrantes ocurren principalmente en la región torácica y cervical , por lo que frecuentemente presentan daño medular en forma de un Brown-Sequárd . Sin embargo, en este caso el paciente ingresó sin focalidad neurológica. Esto llevó a sospechar, que la lesión no era penetrante,

## “Trombocitopenia inmune secundaria a infección por helicobacter pylori asociado a uso de isotretinoína, reporte de un caso”

**Autores y tutores:** Sepúlveda Zúñiga Vania<sup>1</sup>, Urrutia Pareja Francisca<sup>1</sup>, Muñoz Ramírez John<sup>1</sup>, Sandoval Arriagada Javiera<sup>1</sup>, Sánchez Nualart Martín<sup>1</sup>; Alvial Ruminot Sandra<sup>2</sup>

1. Interno(a) Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco
2. Residente de Pediatría, Universidad de la Frontera, Temuco

### **INTRODUCCIÓN**

La trombocitopenia inmune (TI) es un trastorno inmunológico caracterizado por la disminución del recuento de plaquetas de forma transitoria o persistente. Puede ser primaria o secundaria en función a la presencia o ausencia de trastornos asociados. Algunos casos se asocian con la infección por *Helicobacter pylori* (HP), y en estos pacientes el tratamiento erradicador tiene impacto positivo en el recuento de plaquetas. El uso de isotretinoína también se ha asociado a trombocitopenia, pero con menor frecuencia, siendo este el sexto caso descrito en la literatura

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Adolescente masculino de 17 años en tratamiento con isotretinoína hace 2 meses por acné, se observa trombocitopenia en exámenes de control de 41.000, por lo que se indica suspensión de tratamiento. Consulta en el servicio de urgencias 1 mes después por epistaxis, al examen físico se describen petequias en extremidades inferiores, superiores y en paladar blando, sin otros hallazgos. Exámenes destacan plaquetas de 6.000, sin alteración de otras series. Se hospitaliza para estudio y manejo, destacando antígeno fecal positivo para HP, perfil tiroideo normal, virus ebstein Barr, citomegalovirus, hepatitis C negativos. Estudio inmunológico IgG, IgA e IgE elevados, resto normal.

Se maneja con prednisona y terapia erradicadora de HP, con buena respuesta, elevación progresiva de recuento de plaquetas y sin nuevos episodios de sangrado. En 15 días el recuento plaquetario se había instaurado nuevamente en límites normales.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En casos descritos previamente de TI secundaria a HP, se iniciaba terapia inmunosupresora con mala respuesta, por lo que se estudiaba la presencia de HP que resultaba positiva y se iniciaba tratamiento erradicador con resolución de TI. En este caso la HP y el uso de Isotretinoína eran factores contribuyentes a la TI, ya que se ha demostrado que la Isotretinoína puede producir TI, habiendo 5 casos descritos previamente. Finalmente, la trombocitopenia se resolvió tras la retirada de la isotretinoína y por la detección temprana de HP, iniciado el tratamiento conjunto con corticoides y terapia erradicadora de HP.

### **PALABRAS CLAVES**

*Helicobacter Pylori*, Isotretinoína, Trombocitopenia.

## Trombosis venosa cerebral y tromboembolismo pulmonar en adolescente con púrpura trombocitopénica idiopática crónica

**Autores y Tutores:** Montiel Martínez Javiera<sup>1</sup>, Moya Toledo Andrea<sup>1</sup>, Peña Korting Damaris<sup>1</sup>, Bagueño Sierra Antonia<sup>1</sup>, Gajardo Salazar Carolina<sup>2</sup>, Campos Jeldes Roberto<sup>2</sup>, Oyarzún Allendes María<sup>2</sup>.

1. Interna de Medicina. Universidad Andrés Bello sede Concepción, Concepción.
2. Hemato-Oncólogo/a infantil, Clínica sanatorio alemán, Concepción.

### **INTRODUCCIÓN**

Tanto la trombosis venosa cerebral (TVC) como el tromboembolismo pulmonar (TEP) son patologías poco frecuentes en pediatría. Ambas enfermedades tienen presentaciones variadas, lo que hace que el diagnóstico sea tardío. Se presenta un caso de una adolescente con antecedente de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) crónica que presenta al mismo tiempo TVC y TEP.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Adolescente femenina de 11 años, con antecedente de PTI crónica tratada con eltrombopag, consultó en urgencia por disnea progresiva de trece días de evolución y cefalea de inicio reciente, al examen físico sin focalidad neurológica, sin embargo, destacó puntada de tope inspiratorio en hemitórax izquierdo. Se decidió hospitalizar para manejo del dolor y estudio con angiografía computarizada de tórax que informó tromboembolismo pulmonar para rama segmentaria y subsegmentarias basales izquierdas, con foco de condensación sugerente de infarto pulmonar. Por otro lado, la cefalea aumentó en intensidad aliviando mínimamente a analgésicos, se realizó angiografía de resonancia magnética de cerebro que informó extensa trombosis de senos venosos dúrales de curso reciente. Por lo anterior, se decidió suspender el uso de eltrombopag e iniciar anticoagulación con enoxaparina cada doce horas. La paciente evolucionó de manera favorable, cediendo la cefalea y disnea. Actualmente mantiene su tratamiento anticoagulante y pese a la suspensión de eltrombopag han permanecido estable sus niveles de plaquetas.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Es muy infrecuente encontrar un caso pediátrico con trombosis sin factores de riesgo conocidos. Sin embargo, la paciente presentó TVP y TEP con el antecedente del PTI, enfermedad no relacionada a complicaciones trombóticas. Para llegar al diagnóstico fue indispensable una anamnesis acuciosa, considerar efectos adversos a fármacos,

factores de riesgo asociado y tener la alta sospecha de trombosis. En este caso el tratamiento se vuelve un desafío, ya que, se tuvo que priorizar el uso de anticoagulantes sobre estimuladores plaquetarios, favorablemente los niveles de plaquetas estaban en rango cuando ocurrió el evento. Será necesario descartar trombofilia primaria para la evolución a largo plazo. Hacer el diagnóstico y tratar oportunamente mejoran significativamente el pronóstico del paciente, el no hacerlo podría terminar en consecuencias graves, incluso la muerte. Es relevante exponer este caso por el diagnóstico, las complicaciones y tratamiento brindado.

### **PALABRAS CLAVES**

Adolescente, Púrpura trombocitopénica idiopática, Trombosis.

## “Vasculitis ANCAp (+), presentación de un caso”

**Autores y tutores:** Gorziglia Morandé Arnaldo<sup>1</sup>, Vicuña Piedrabuena Bernardita Sofía<sup>1</sup>, Hosiasson Retamal Federico Renan<sup>1</sup>, Ossa Varas Sebastián<sup>1</sup>, Larraín Castellón Sebastián<sup>2</sup>

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago
2. Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago

### **INTRODUCCIÓN**

Las vasculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades poco frecuentes que tienen en común la inflamación de los vasos sanguíneos, determinando deterioro u obstrucción al flujo de sangre y daño de la pared vascular. Sus manifestaciones clínicas dependen del tamaño del vaso afectado y del órgano que irriga. Cuando la vasculitis afecta a vasos pequeños y se acompaña de anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) circulantes, se denomina vasculitis asociada a anticuerpo anti neutrofílico (VAA). Se caracterizan por ser patologías graves y de alta mortalidad. Presentamos el caso de una paciente con VAA.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente mujer de 75 años con antecedente de artritis reumatoide. Hace 1 año con cuadro caracterizado por dolor mal localizado, baja de peso de 20 kg y artralgiás. Los últimos 5 días con exacerbación del dolor, asociado a decaimiento y anorexia, por lo que decide acudir al servicio de urgencias del hospital clínico UC. Ingresó en regulares condiciones generales, decaída, con mucosas levemente secas, dolor a la palpación abdominal difusa, sin otros hallazgos relevantes al examen físico segmentario. Al laboratorio destaca anemia moderada, leucocitosis y parámetros inflamatorios altos. Se decide hospitalizar para estudio de síndrome consuntivo. Se realizan exámenes de imágenes que descartan patología neoplásica. Durante la hospitalización paciente evoluciona con rápido deterioro de la función renal. Se amplía estudio donde destaca ANCA p(+) y anticuerpo anti mieloperoxidasa (MPO) positivo. Se maneja en conjunto con equipo de reumatología y nefrología, y se inicia tratamiento con prednisona + ciclofosfamida. Evoluciona de manera favorable, con mejoría progresiva de la función renal, sin urgencias dialíticas. Dada de alta con control con especialidad de reumatología

primer síntoma y el diagnóstico de aproximadamente 1 año, por lo que es necesario un alto índice de sospecha. El diagnóstico muchas veces requiere de la exclusión de otras enfermedades que pueden producir la misma sintomatología, principalmente infecciones y neoplasias. Es necesario iniciar el tratamiento precoz para prevenir las complicaciones y disminuir la mortalidad.

### **PALABRAS CLAVES**

ANCA, Neoplasia, Vasculitis

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El caso expuesto anteriormente nos permite describir la clínica y guiar un posible enfrentamiento de las VAA. Son patologías graves cuyo diagnóstico es difícil. Clásicamente se describe una latencia entre el

# Vasculitis asociada a enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular concomitante con positividad para ANCA en paciente con síndrome riñón-pulmón. Reporte de un caso

**Autores y tutores:** Barrientos Iribarren Ana<sup>1</sup>, Ruf Toledo Vicente<sup>2</sup>; Zambrano Migueles Rocío<sup>1</sup>; Yáñez Abuter Vicente<sup>2</sup>; Salazar Pineda Andrés<sup>3</sup>

1. Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
2. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
3. Residente Medicina Interna, Universidad de Concepción

## INTRODUCCIÓN

Tanto la enfermedad antimembrana basal glomerular (Anti-MBG) como la vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), son vasculitis de vaso pequeño que pueden precipitar el desarrollo de glomerulonefritis rápidamente progresiva y hemorragia alveolar difusa. Ambas son entidades raras, pero pesar de la rareza de cada una de estas enfermedades por separado, la superposición de ANCA y anti MBG, muestra una frecuencia más alta de lo que se esperaría, con peores resultados en cuanto a morbimortalidad. Se presenta el caso de una glomerulonefritis rápidamente progresiva de patrón mixto positivo; en contexto de síndrome riñón pulmón, manejado con corticoides y ciclofosfamida.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 62 años con antecedente de hipertensión arterial de 7 años de evolución, en tratamiento, sin antecedentes familiares, psicosociales ni intervenciones quirúrgicas. Consulta por cuadro de disnea, hemoptisis, y compromiso del estado general. Radiografía de tórax: infiltrados alveolares bilaterales, asociado a creatinina de ingreso en 18.7 mg/dL. Ingres a hospitalización, con necesidad de hemodiálisis de urgencia. Se maneja con pulsos de metilprednisolona endovenosa (ev) por 3 días. Estudio etiológico: ANCAp 1/20 (+) MPO (+); lavado broncoalveolar: hemorragia alveolar difusa por capilaritis y biopsia renal: glomerulonefritis con patrón mixto, compatible con vasculitis mediada por ANCA y daño concurrente mediado por anticuerpos anti membrana basal glomerular. Posteriormente es manejado con pulsos de ciclofosfamida ev, evoluciona favorablemente, siendo dado de alta con indicación de hemodiálisis permanente, ciclofosfamida y corticoides orales.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El paciente presentó positividad serológica para anticuerpos MPO-ANCA en asociación con anti-GBM y una biopsia renal compatible con compromiso renal por vasculitis de vaso pequeño mediada por ANCA y concurrencia de mecanismo mediado por anticuerpos anti membrana basal glomerular. Se estima que un tercio de los pacientes con anticuerpos anti-GBM presentan anticuerpo ANCA (+). Se asocia con peores desenlaces clínicos. A menudo siguen la agresiva presentación de enfermedad anti-GBM con mayor morbilidad y mortalidad. Se necesitan estudios prospectivos para determinar las terapias óptimas en estos pacientes.

## PALABRAS CLAVES

Vasculitis, Anticuerpos antimembrana basal glomerular, Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, Síndrome pulmón-riñón

## “Viraje a trastorno bipolar, a propósito de un caso”

**Autores y tutores:** Sánchez Nualart Martín<sup>1</sup>, Villena Cárcamo José<sup>1</sup>, Urrutia Pareja Francisca<sup>1</sup>, Sepúlveda Zúñiga Vania<sup>1</sup>, Sandoval Arriagada Javiera<sup>1</sup>, Salinas Arraño Gonzalo<sup>2</sup>

1. Interno/a de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Médico General de Zona Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes

### **INTRODUCCIÓN**

El trastorno afectivo bipolar corresponde a un trastorno del ánimo, se caracteriza por la presencia de un episodio maníaco aislado (TAB I) o la presencia de un episodio depresivo mayor que se le asocia una manía/hipomanía (TAB II). Este suele afectar principalmente a mujeres jóvenes y conlleva alteraciones en la funcionalidad del paciente, pudiendo incurrir en actividades riesgosas comprometiendo su vida.

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente femenina, 20 años, previamente sana con diagnóstico reciente de episodio depresivo mayor en septiembre de 2023 en APS, en tratamiento con sertralina (ISRS). Al control en examen mental se evidencia hipertímica, taquipsíquica y verborreica, asociado a aumento de actividad física y disminución de horas de sueño. No asiste a siguiente cita por encontrarse hospitalizada luego de ser atropellada mientras se ejercitaba.

en el caso que tras el atropello debió ser hospitalizada. Si bien existe una alta incidencia de Trastornos depresivos, previo al uso de ISRS es pertinente evaluar si el paciente presentó previamente algún episodio maniaco/hipomaniaco, así como también al control, pesquisando precozmente el diagnóstico de TAB y evitar lidiar posteriormente con una manía/hipomanía que arriesgue la integridad del paciente.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En casos de depresión unipolar el porcentaje de viraje farmacológico a hipomanía es de un 4,9% y a manía un 1%, esto puede explicarse por el hecho que en realidad el diagnóstico haya correspondido a un trastorno afectivo bipolar que aún no ha evidenciado la fase maníaca/hipomaniaca. Es de vital importancia tener en cuenta este porcentaje de pacientes que viran con el inicio de antidepresivos, pues existe la posibilidad de que mediante la hipertimia y euforia, este incurra en actividades riesgosas (sexuales, inversiones inapropiadas, deportes extremos, etc), con todas las implicancias que conlleva. Por ende es de regla al controlar al paciente luego de iniciar algún antidepresivo, preguntar acerca de síntomas de manía/Hipomanía como disminución de la necesidad de dormir, inicio de nuevas actividades, que estas no sean finalizadas y al examen mental pesquisar taquipsíquica, verborrea, etc. A modo de suspender el fármaco y evaluar si este trastorno se debió efectivamente a un viraje u a alguna causa orgánica, evitando consecuencias como la presentada

### **PALABRAS CLAVE**

Trastorno afectivo bipolar, antidepresivo, viraje farmacológico.

## “Vólvulo de colon sigmoides tras Cirugía Bariátrica: reporte de caso”

**Autores y tutores:** Sepúlveda Mainhard Matias<sup>1</sup>, Ávila Gatica Claudia<sup>1</sup>, Lillo Leonelli Camila<sup>1</sup>, Maldonado Bascur Diego<sup>1</sup>, Valdés Brand Diego<sup>1</sup>, Venegas Poblete Carlos<sup>2</sup>.

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

### **INTRODUCCIÓN**

El vólvulo de colon sigmoides (VCS) es una causa poco frecuente de abdomen agudo, que puede presentar una mortalidad de hasta un 60% en casos complicados. Generalmente debuta como un cuadro de obstrucción intestinal asociado a alteraciones bioquímicas inespecíficas de isquemia intestinal hasta sepsis abdominal en casos complicados. Dentro de los principales factores de riesgo se tienen la dieta rica en fibra, constipación, cirugía abdominal previa, adherencias postoperatorias, etc. En estudios imagenológicos es característico encontrar el signo del “grano de café” en la radiografía simple, a pesar de ello, la tomografía computarizada constituye el gold standard para esta patología por su alta sensibilidad y especificidad.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 30 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo y cirugía bariátrica hace 7 meses, acude a servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de 1 día de evolución, irradiado a zona genital, asociado a náuseas, ausencia de deposiciones y gases por ano en los 5 días previos. Se realiza radiografía simple de abdomen donde se evidencia aumento de asas intestinales en colon transversal y ascendente, con múltiples niveles hidroaéreos, posteriormente se realiza TC de abdomen con contraste que evidencia vólvulo sigmoides.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El VCS es más frecuente en adultos mayores, pero también puede ocurrir en pacientes jóvenes, como en el caso descrito. La cirugía bariátrica puede aumentar el riesgo de complicaciones gastrointestinales, como el vólvulo de colon, debido a los cambios en la anatomía y la motilidad intestinal. Este caso clínico destaca la importancia de considerar el VCS como una posible complicación en pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica. El diagnóstico y tratamiento oportuno son esenciales para prevenir complicaciones graves y la pérdida de viabilidad intestinal, siendo la sigmoidectomía con anastomosis primaria electiva una opción terapéutica aparentemente eficaz y segura. Se debe estar alerta a

los síntomas y signos que sugieran obstrucción intestinal en pacientes postoperatorios, y tener en consideración en aquellos con antecedentes de cirugía bariátrica.

### **PALABRAS CLAVES**

Abdomen agudo, Isquemia intestinal, Tomografía computarizada

## “Vólvulo gástrico asociado a hernia diafragmática; Causa infrecuente de dolor abdominal. Reporte de caso”.

**Autores y tutores:** Alarcón Arancibia Perla<sup>1</sup>, Carrera Burdiles Constanza<sup>1</sup>, Lillo Leonelli Camila<sup>1</sup>, Quintas Alvear Maximiliano<sup>1</sup>, Letelier Melillan Melita<sup>2</sup>

1. Interno medicina. Universidad Mayor, Sede Temuco, Región de la Araucanía, Chile.
2. Médico Cirujano. Hospital de Pitrufquén, Región de la Araucanía, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

El vólvulo gástrico (VG) es la rotación anormal del estómago alrededor de un eje, pudiendo ocasionar obstrucción, compromiso vascular, estrangulación, necrosis o perforación. No existe claridad sobre su incidencia. Los adultos sobre 50 años constituyen el 70-80% de los casos. Su mortalidad es alta si no se reconoce, lo que implica una sospecha y tratamiento temprano.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Previo consentimiento informado, se presenta masculino de 85 años, con antecedentes de hipertensión arterial y artrosis, quien consulta por un cuadro de una semana de evolución de dolor epigástrico irradiado a flancos, asociado a náuseas y emesis. Al examen físico destaca abdomen distendido, doloroso en epigastrio e hipocondrios. Al laboratorio destaca leve elevación de parámetros inflamatorios. En la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis destaca volvulación gástrica. Se realizó endoscopia digestiva alta (EDA) y descompresión gástrica; posteriormente laparotomía exploradora y hernioplastia diafragmática. Evoluciona en favorables condiciones, indicándose alta médica.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El VG es infrecuente. Se clasifica según etiología en primaria o secundaria; según anatomía en órgano axial o mesentérica axial; y según presentación en crónica o aguda. El 70-80% aparecen en mayores de 50 años, siendo más frecuente el órgano-axial agudo secundario (hernia hiatal paraesofágica, adherencias y otras condiciones diafragmáticas/intraabdominales). En este caso, se presenta la edad de mayor incidencia y hernia diafragmática.

El VG agudo presenta la tríada de Borchardt: dolor abdominal superior, vómitos y dificultad del paso de sonda nasogástrica. El tipo crónico puede ser asintomático o presentar dolor epigástrico irradiado

a espalda y hombros, exacerbación postprandial, plenitud y vómitos. La TAC es de elección para diagnosticarlo y las técnicas endoscópicas o laparoscópicas ofrecen menores tasas de morbimortalidad.

En conclusión, su diagnóstico requiere alta sospecha y su tratamiento, fundamentalmente quirúrgico, ya que marca el pronóstico de esta

### **PALABRAS CLAVES**

Hernia diafragmática, laparoscopia, vólvulo gástrico

# **TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

## Actualización de la tasa de mortalidad del cáncer de vejiga del año 2021 a 2023 en Chile

**Autores y tutores:** Gárate Ortega Sebastián<sup>1</sup>, Bravo Volante Camila<sup>2</sup>, Fuentes Ávila Francisca<sup>1</sup>, Abarca Salinas Benjamín<sup>1</sup>, Saavedra Fuentes Francisca<sup>1</sup>, Melo Rodríguez Roberto<sup>1</sup>, Durán García Luis<sup>3</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Residente de Urología, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de vejiga (CV) es el noveno cáncer más frecuente a nivel mundial, se ha evidenciado que es 3 a 4 veces más frecuente en hombres, en Chile se diagnostican al año alrededor de 340 hombres y 205 mujeres con cáncer vesical. En el año 2015 se vio un aumento en la tasa de mortalidad anual por CV llegando a ser de 1,94 por 100.000 habitantes, incrementándose al 2,1 por 100.000 habitantes para el año 2018 (3,3 en hombres y 1,1 en mujeres). Existe escasa información epidemiológica actualizada sobre la mortalidad por CV en Chile, lo que dificulta el desarrollo de medidas públicas para su prevención, diagnóstico y tratamiento. El objetivo de este trabajo es actualizar y describir la tasa de mortalidad (TM) por CV entre los años 2021-2023.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Es un estudio de tipo observacional y descriptivo, los datos obtenidos corresponden a las defunciones por CV en Chile entre los años 2021 y 2023. Se obtuvieron del Departamento de Estadísticas e Información de la Salud y se separaron según grupo etario. Este estudio no requiere evaluación por comité de ética.

### **RESULTADOS**

Hubo un total de 1.564 defunciones causadas por el CV en Chile durante los años 2021-2023, lo que corresponde a una TM promedio de 2,97 por cada 100.000 habitantes por año. Se encontró una prevalencia considerablemente mayor en los hombres siendo el 68,4% de las defunciones por CV. El grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 70-80 años de edad con un 34,3% de las muertes por CV.

### **CONCLUSIÓN**

Durante el periodo estudiado, la TM por CV en Chile ha ido en aumento. Lo que demuestra que es necesario poner énfasis en el desarrollo de políticas públicas para controlar y evitar que en el futuro se mantenga una tendencia al aumento en la TM por CV. De dicho modo se podrá hacer un adecuado y oportuno diagnóstico en etapas tempranas que permitan tratamientos con fines curativos y vayan en beneficio de la sobrevivencia de los pacientes.

### **PALABRAS CLAVES**

Cáncer de la vejiga, Neoplasias urológicas, Urología.

## **Análisis de incidencia de cesáreas versus partos durante los años 2017 - 2020 en la red pública de Chile.**

**Autores y tutores:** Echeverría Manzo Francisco<sup>1</sup>, Franulic Ampuero Vesna<sup>1</sup>, Olivares Acuña María<sup>1</sup>, Fritis Fritis Gianfranco<sup>2</sup>

1. Interno/a de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Santiago, Chile.
2. Médico general EDF, Cesfam Peñaflores

### **INTRODUCCIÓN**

La tasa de cesáreas recomendada por la OMS oscila entre un 10 - 15% . La cesárea no está exenta de complicaciones tanto para la madre como para el neonato, por lo que realizarla sin indicación aumenta el riesgo de morbimortalidad para ambos. En este trabajo se compara la incidencia de cesáreas de urgencia y electivas versus el total de partos a nivel nacional para así determinar la importancia de implementar una correcta indicación de la intervención quirúrgica.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional, descriptivo. Se tomaron datos desde el sistema de REM sobre atenciones en maternidad desde el año 2017 – 2020, analizando el número de cesáreas de urgencia y electivas realizadas durante dicho periodo. Los datos se procesaron con Microsoft Excel. Debido a la naturaleza del estudio no se necesitó comité de ética.

### **RESULTADOS**

El porcentaje de cesáreas en relación al total de partos en los años 2017 - 2020 ha incrementado. En el 2020 fue de 43.15% a nivel nacional. Además, en el año 2020 la región con mayor porcentaje de cesáreas fue Aysén (59.54%) y la región con menor porcentaje fue Arica y Parinacota (33.22%). También se observa mayor cantidad de cesáreas de urgencia que electivas en los 4 años observados, siendo el 2020 un 63.75% versus un 36.25% respectivamente.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Chile posee una realización de cesáreas superior al porcentaje recomendado por la OMS. Además, se observa que existe una incidencia superior de cesáreas de urgencia por sobre electivas. En este contexto (urgencia), es importante la realización de una adecuada técnica quirúrgica para minimizar así las complicaciones que conlleva esta cirugía (como placentación anormal, ruptura uterina, etc.) en

futuros embarazos. Surge la necesidad de determinar la incidencia de las distintas condiciones de urgencia que llevan a la realización de una cesárea y determinar su pertinencia.

### **PALABRAS CLAVES**

Cesárea, Complicaciones de cesárea, Parto.

## **Análisis de la situación de amputaciones por pie diabético en la Región Metropolitana entre los años 2017 a 2020.**

**Autores y tutores:** Echeverría Manzo Francisco<sup>1</sup>, Franulic Ampuero Vesna<sup>1</sup>, Olivares Acuña María<sup>1</sup>, Fritis Fritis Gianfranco<sup>2</sup>

1. Interno/a de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Santiago, Chile.
2. Médico general EDF, Cesfam Peñaflor

### **INTRODUCCIÓN**

El pie diabético conduce a alteraciones anatómicas y/o funcionales que confieren a la extremidad inferior un mayor riesgo de desarrollar lesiones ulcerosas. La progresión de dichas lesiones a menudo deriva en amputación. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) para el periodo 2016-2017, la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) en Chile sería de un 12,3%. El 67,9% del total de amputaciones de extremidad inferior se realizaron en personas con DM y el 80% fueron precedidas por úlceras en los pies. El objetivo de este estudio es analizar el número de amputaciones por pie diabético en la Región Metropolitana entre los años 2017 a 2020.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio tipo observacional descriptivo. Datos obtenidos del Sistema de Reportes REM sobre el número de amputaciones realizadas en la Región Metropolitana entre los años 2017 a 2020. Análisis estadístico mediante Microsoft Excel. Debido a la naturaleza de este estudio no se requirió comité de ética.

### **RESULTADOS**

En el período de estudio se evidenció una mayor cantidad de amputación de oratejo (s) por pie diabético en relación a la amputación de pie completo tanto a nivel nacional como de la región Metropolitana. La mayor cantidad de amputaciones por pie diabético fue el año 2018 con un total de 2.836 amputaciones a nivel nacional.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

En este estudio se observó un descenso de la cantidad de amputaciones por pie diabético desde el año 2018, alcanzando la menor cantidad el año 2020 tanto a nivel nacional como de la región Metropolitana, posiblemente debido a la pandemia de COVID-19. Las amputaciones no traumáticas por pie diabético son consideradas una complicación importante de prevenir debido a las repercusiones que trae consigo. Este estudio destaca la importancia de mantener un buen control metabólico de la diabetes, siendo el

principal factor de riesgo para sufrir úlceras en extremidades inferiores y por ende amputaciones.

### **PALABRAS CLAVES**

Amputación, Diabetes, Pie diabético.

## “Caracterización epidemiológica de hernia inguinal con y sin obstrucción: Cálculo de tasa de mortalidad en Chile en el periodo 2019-2022”

**Autores y tutores:** Almazán Brito Ignacio<sup>1</sup>, Ramos Baeza Diego<sup>1</sup>, Araya Retamal José<sup>1</sup>, Mora García Estela<sup>1</sup>, Aldunate González Paula<sup>2</sup>.

1. Interno/a de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Médica Cirujana, Hospital El Carmen, Maipú, Chile.

### **INTRODUCCIÓN:**

La hernia inguinal es un defecto en la pared abdominal que permite el deslizamiento de vísceras o tejido graso, principalmente a través del anillo inguinal. El objetivo de este trabajo es describir la tasa de mortalidad (TM) por hernia inguinal con y sin obstrucción (HICYSO) entre el año 2019 y 2022 en Chile.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional, transversal y descriptivo sobre TM por HICYSO en el periodo 2019-2022 en Chile, según sexo y grupo etario (GE) desde los 20 años. Se calculó la TM. Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. No requirió aprobación por comité de ética.

### **RESULTADOS**

La TM general del periodo 2019-2022 fue de 0,55. Para hombres fue de 0,75 y para mujeres de 0,37. El GE con TM más alta corresponde al de 80 y más años con una TM de 34,62, y la menor TM al de 20-44 años con 0,03.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Existe una leve disminución de la TM en el periodo estudiado, que podría deberse al avance tecnológico quirúrgico. La mayor TM se presentó en sexo masculino, que podría relacionarse a la prevalencia de tabaquismo y tos crónica. En cuanto al GE de mayor TM, concuerda con el desarrollo de enfermedades crónicas que aumentan la presión intraabdominal. Se evidencia una notoria diferencia en la TM entre los grupos etarios. Este tipo de estudios facilita la comparación entre países y permite evaluar

políticas públicas para combatir la mortalidad por HICYSO en Chile.

### **PALABRAS CLAVE**

Hernia inguinal, Cirugía general, Epidemiología

# “Diagnósticos Asociados a Anticuerpos Anti Citoplasma de Neutrófilos en pacientes del Hospital de Los Ángeles desde 2014-2022: Más que Vasculitis”

**Autores y tutores:** Retamal Gerschberg Sara<sup>1</sup>, García Gómez Ana<sup>1</sup>, Nazal Jofré Ignacio<sup>1</sup>, Espejo García Felipe<sup>1</sup>, Parra Parra Camila<sup>1</sup>, Oportus Molina Isidora<sup>1</sup>, Enos Brito Daniel<sup>2</sup>

1. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción.
2. Médico Internista, Nefrólogo.

## **INTRODUCCIÓN**

Publicaciones muestran que ANCA positivo por IFI se relaciona con patologías mucho más diversas que las vasculitis de vaso pequeño, confirmando que es un examen sensible pero poco específico, recomendando complementar con ELISA para anticuerpos anti mieloperoxidasa (MPO) y antiproteinasa 3 (PR3), menos sensibles y más específicos.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

En nuestra provincia tenemos incidencia anual de vasculitis de vaso pequeño entre 4 a 6 casos. Quisimos evaluar los exámenes ANCA por IFI en los últimos 9 años, revisando registros del laboratorio computarizado y fichas clínicas para determinar diagnósticos asociados.

## **RESULTADOS**

16.810 ANCA procesados en el período, 825 positivos (4.9%) en 689 pacientes al depurar repetidos. Vimos registros clínicos demográficos y diagnósticos clínicos finales, encontrando de 524 pacientes, 333 ANCA P y 191 C. 23% fueron vasculitis, 22% otras enfermedades reumatológicas (LES, AR, Sjögren y Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo), 8% Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, 5% enfermedades digestivas autoinmunes del tubo digestivo (Crohn y Colitis Ulcerosa) o hepáticas (Hepatitis Autoinmune), 6% enfermedades del aparato locomotor no específicas como lumbago crónico, poli u oligoartralgias, 3% neoplasias (leucemias, linfomas, mamas, renal, próstata, tiroides), 2% otras enfermedades autoinmunes (vitíligo y tiroiditis), y un 30% de positividad aislada con diagnósticos no relacionados. Las determinaciones ELISA fueron

menos, porque se realizan en laboratorio externo desde 2019, con malos registros.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Siendo posible una falsa positividad en ANCA P IFI, fijar muestras en etanol y formalina minimiza fuente de error, sobre todo si los ANA son negativos o mínimamente positivos. Los diversos cuadros asociados a positividad de ANCA IFI, como muestra nuestra revisión y otros autores apoyan ELISA ANCA y uso de scores como el BVAS para el diagnóstico de vasculitis y la biopsia renal, como KDIGO recomienda en actualización 2023. Otra limitación de nuestro estudio fue no documentar infecciones subagudas dentro del 30% de ANCA positivos sin cuadro definido, entre las que destacan por alta prevalencia la TBC, la endocarditis bacteriana subaguda, y otras con menor prevalencia como VIH y hepatitis C y raramente hepatitis B.

Se confirma que ANCA IFI positivo no es vasculitis en 76% de los casos y debemos mejorar registros ELISA.

## **PALABRAS CLAVE**

ANCA, Autoinmune, Vasculitis

## Egresos hospitalarios por litiasis, análisis años 2021-2022 en Chile.

**Autores y tutores:** Gárate Ortega Sebastián<sup>1</sup>, Bravo Volante Camila<sup>2</sup>, Espinoza González Cristian<sup>3</sup>, Rojas Reyes Tabita<sup>3</sup>, Durán García Luis<sup>4</sup>.

1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Interno de Medicina, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.
4. Residente de Urología, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

La litiasis representa uno de los motivos frecuentes de consulta a nivel hospitalario, con los años su prevalencia ha aumentado por lo que es necesario mantener actualizado los datos epidemiológicos correspondientes a Chile y de ese modo representar de manera adecuada el problema de salud que significa. El objetivo de este estudio es describir los egresos hospitalarios en relación con litiasis entre los años 2021-2022 en Chile.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Es un estudio de tipo observacional y descriptivo de egresos hospitalarios por litiasis en Chile durante los años 2021-2022 según tipo de litiasis, edad, sexo y días cama utilizados. Los datos pertenecen al Departamento de Estadística e Información de Salud de Chile. Este estudio no requirió evaluación por comité de ética.

### **RESULTADOS**

Durante el año 2021 y 2022 hubo un total de 3.064.180 egresos hospitalarios a nivel país, 28.142 (0,9%) corresponden a litiasis. En promedio los pacientes tuvieron hospitalizaciones de 2,7 días aproximadamente. De los egresos por litiasis el 56,8% corresponde a hombres y 43,2% a las mujeres. Tanto en hombres como en mujeres el grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 50-59 años abarcando el 12% del total de egresos por litiasis. Los subgrupos de litiasis más frecuentes según ubicación fueron riñón (30,8%), uréter (41,7%), riñón y uréter simultáneamente (6,6%).

### **CONCLUSIÓN**

Es necesario poner énfasis en el manejo de la litiasis debido a que es una patología incapacitante que significa un costo a nivel país en días/cama utilizados. También porque la mayor población afectada es la que se encuentra en edad laboral. La litiasis es una patología tratable y prevenible. Debido a lo anterior es importante el desarrollo de planes de prevención tanto primaria como secundaria.

### **PALABRAS CLAVES**

Hospitalización, Litiasis, Urología.



ACEMUMT

JGUMT |