



ACEMUMT

LIBRO DE RESÚMENES
1º Jornada Científica de
Investigación Médica 2024


UNIVERSIDAD MAYOR SEDE TEMUCO

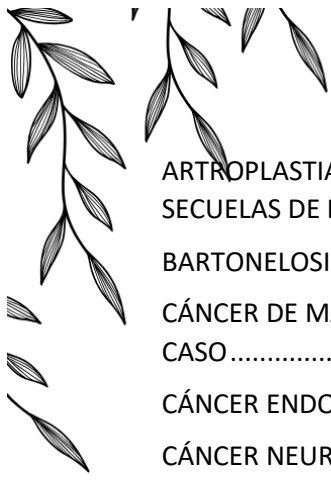




ÍNDICE

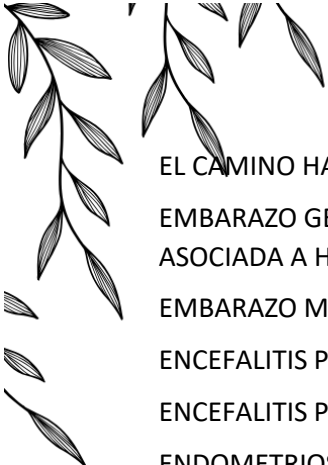
Saludo de bienvenida	1
Declaración pública comité organizador	2
Colaboradores	3
COMPETENCIA CIENTÍFICA	4
A PROPÓSITO DE UN CASO: EL ENIGMA DEL LUPUS EN PACIENTE MASCULINO Y CUÁNDO SOSPECHARLO	5
Abceso Tubo Ovárico en doble trompa uterina, Reporte de un caso.....	6
ABDOMEN AGUDO DURANTE GESTACIÓN CON DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO QUE LLEVA A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.	7
ABSCESO OVÁRICO VERSUS TUMOR PÉLVICO, DESAFÍO DIAGNÓSTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.....	8
Accidente cerebrovascular hemorrágico, secundario a aparente trombocitosis esencial. A propósito de un caso.....	9
Accidente cerebrovascular isquemico criptogenico en paciente joven, reporte de caso	10
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO DE ETIOLOGÍA EXTRACRANEAL A RAÍZ DE DISECCIÓN COMPLETA DE ARTERIA CARÓTIDA COMÚN.	11
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SECUNDARIO A DISECCIÓN DE ARTERIAS CERVICALES LUEGO DE TOS INTENSA.	12
ADENOMIOMA ENMASCARADO COMO MIOMA: UN DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO	13
AISLAMIENTO DE CANDIDA DUBLINIENSIS EN UN ADULTO CON PERITONITIS FÚNGICA.	14
Anastomosis término-terminal de Vena Cava inferior porción infrarrenal secundario a trauma penetrante. Reporte de caso.....	15
Anemia Severa secundaria a Sangrado Uterino Anormal, a propósito de un caso.	16
ANGINA DE LUDWIG: UN REPORTE DE CASO.....	17
Angioedema hereditario, a propósito de un caso.....	18
ANOSOGNOSIA VISUAL, SÍNDROME DE ANTON: REPORTE DE CASO.	19
APENDICITIS DEL MUÑÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	20
ARTERITIS DE LA ARTERIA TEMPORAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA.	21





ARTROPLASTIA DE GIRDLESTONE COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTE CON SECUELAS DE DISPLASIA DE CADERA.	22
BARTONELOSIS ATÍPICA COMPLICADA CON OSTEOMIELITIS MULTIFOCAL EN PEDIATRÍA	23
CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO INFLAMATORIO DE DIFÍCIL MANEJO, A PROPÓSITO DE UN CASO	24
CÁNCER ENDOMETRIAL EN ADOLESCENTE. PRESENTACIÓN CLÁSICA EN POBLACIÓN ATÍPICA. .	25
CÁNCER NEUROENDOCRINO DE APÉNDICE CECAL, SINTOMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.	26
CÁNCER TESTICULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ORQUIEPIDIDIMITIS EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN.	27
CANDIDEMIA EN PACIENTE CRÍTICO_ CATETER VENOSO CENTRAL, ANTIBIÓTICOS Y ESTANCIA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS.....	28
CAVERNOMA CON PRESENTACIÓN EN SITIO INUSUAL; A PROPÓSITO DE UN CASO	29
CAVERNOMATOSIS PORTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	30
CELULITIS BILATERAL DE RODILLA, A PROPÓSITO DE UN CASO	31
CELULITIS ORBITARIA ASOCIADA A ABSCESOS ORBITARIOS BILATERALES EN LACTANTE DE TRES MESES. UN HALLAZGO INFRECLENTE.	32
CISTOLITOTOMÍA PERCUTÁNEA POR RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PACIENTE CON CALLE LITIÁSICA URETRAL	33
COARTACIÓN AÓRTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO.	34
COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO SEVERA, REPORTE DE CASO	35
CONSIDERACIONES Y MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE HIPERGAMMAGLOBULINEMIA E.....	36
CORIOAMNIONITIS COMO EVENTO DESENCADENANTE DE PARTO PREMATURO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	37
CURSO DE LA ENF CREUTZFELDT-JAKOB GENÉTICA: A PROPOSITO DE UN CASO	38
DERMATOMIOSITIS UNA MIOPATÍA INFLAMATORIA POCO FRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	39
DESAFÍO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AORTITIS: CASO CLÍNICO.	40
DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE GRANULOMATOSIS CON POLANGÉITIS: UN RETO MULTIDISCIPLINARIO	41
DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO UNA CAUSA INUSUAL DE ABDOMEN AGUDO.	42
DOBLE ABORDAJE EN FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL SCHATZKER V, REPORTE DE UN CASO.	43
DOLOR GENITOURINARIO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UNA DISECCIÓN AÓRTICA STANDFORD B, A PROPÓSITO DE UN CASO.	44
EDEMA VULVAR GIGANTE EN PACIENTE EMBARAZADA, REPORTE DE CASO.....	45





EL CAMINO HACIA LA NECROSIS ANEXIAL EL IMPACTO DE UN MIOMA Y UN DIU OLVIDADO. ...	46
EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIÓTICO CON TIROTOXICOSIS GESTACIONAL TRANSITORIA ASOCIADA A HIPEREMESIS GRAVÍDICA , REPORTE DE CASO"	47
EMBARAZO MOLAR COMPLETO, A PROPÓSITO DE UN CASO	48
ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI NMDA EN CONTEXTO DE TERATOMA OVÁRICO	49
ENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	50
ENDOMETRIOSIS INGUINAL, PENSANDO MÁS ALLÁ DE LA HERNIA INGUINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	51
ENFERMEDAD DE ARAÑAZO DE GATO: REPORTE DE CASO	52
ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB	53
ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU: REPORTE DE UN CASO CON PRESENTACIÓN INCIDENTAL	54
ERITROQUERATODERMIA VARIABLE: REPORTE DE UN CASO EN CHILE.	55
ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	56
FALLA RENAL AGUDA SECUNDARIA A ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADA A METFORMINA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	57
FIBROSIS RETROPERITONEAL	58
FÍSTULA CISTOGÁSTRICA ESPONTÁNEA SECUNDARIA A PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRÁGICA, REPORTE DE UN CASO	59
FÍSTULAS URETROPERINEALES: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	60
FRACTURA OSTEOCONDAL DE RODILLA AISLADA: A PROPÓSITO DE UN CASO	61
FRACTURA OSTEOCONDAL DEL CÓNDILO FEMORAL LATERAL EN PACIENTE ADOLESCENTE: MANEJO QUIRÚRGICO Y RECUPERACIÓN.	62
HALLAZGO DE BEZOAR EN LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR OBSTRUCCION INTESTINAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE QUIRURGICO.....	63
HALLAZGO INCIDENTAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTE ADULTO JOVEN: CASO CLÍNICO.	64
HALLAZGO NEOPLÁSICO INESPERADO EN SOSPECHA DE ABDOMEN AGUDO: TUMOR PANCREÁTICO EN PACIENTE JOVEN.....	65
HERNIA DE AMYAND, UN RARO HALLAZGO INTRAOPERATORIO.	66
HINTS VERSUS RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO DE FOSA POSTERIOR: REPORTE DE CASO.....	67
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A VIRUS DE INSUFICIENCIA HUMANA EN TRATAMIENTO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA.	68
HIPOACUSIA SÚBITA CON REMISIÓN TOTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	69



HIPONATREMIA CRÓNICA ASOCIADA AL USO DE CARBAMAZEPINA EN ADULTOS MAYORES CON EPILEPSIA.....	70
IMPACTO DEL PÉNFIGO GESTACIONAL EN EL PRONÓSTICO PERINATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	71
IMPLICANCIAS DE LA DERMATOMIOSITIS EN EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	72
IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN TUBERCULOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.	73
IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PARAPARESIA ESPÁSTICA TROPICAL POR HTLV-1, A PROPÓSITO DE UN CASO.	74
INCIDENTALOMA ADRENAL BILATERAL EN PACIENTE JOVEN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL: REPORTE DE CASO.....	75
INFERTILIDAD PRIMARIA POSTERIOR A TRAQUELECTOMÍA.	76
INSUFICIENCIA RENAL POR OBSTRUCCIÓN URETERAL BILATERAL DEBIDO A UN SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO RETROPERITONEAL, REPORTE DE CASO.....	77
INTOXICACIÓN POR RODENTICIDAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.	78
LA CADENA DE COMPLICACIONES: DE OTITIS EXTERNA A MENINGITIS BACTERIANA AGUDA CON ABSCESO VENTRICULAR.	79
LIPOMA DE COLON TRANSVERSO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, REPORTE DE UN CASO.....	80
LLUVIA EMBÓLICA SECUNDARIA A TROMBO INTRACAVITARIO EN PACIENTE CON ELEVADO RIESGO TROMBOEMBÓLICO	81
LOXOSCELISMO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	82
LUXACION DEL SEMILUNAR BILATERAL, REPORTE DE UN CASO.	83
LUXACIÓN INFERIOR BILATERAL DE HOMBRO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	84
MAL DE POTT, SOSPECHA NECESARIA EN EL CONTEXTO DE UNA ESPONDILODISCITIS, REPORTE DE UN CASO.....	85
MANEJO CONSERVADOR EN SÍNDROME DE LEMMEL, REPORTE DE CASO.	86
MANEJO SIMULTÁNEO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y DERRAME PLEURAL: UN DESAFÍO CLÍNICO COMPLEJO.	87
MENINGISMO SIN MENINGITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	88
MENINGITIS VIRAL SECUNDARIA A NEURONITIS VESTIBULAR POR VIRUS VARICELA ZOSTER: REPORTE DE UN CASO.....	89
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	90
MUCOCELE COMO TUMOR EXPANSIVO PARANASAL DERECHO E INFILTRACIÓN DE ORBITAL: REPORTE DE UN CASO.....	91
MYCOPLASMA PNEUMONIAE COMO AGENTE CAUSAL DE MANIFESTACIONES MUCOCUTÁNEAS EN CONTEXTO DE ERITEMA MULTIFORME.	92

NECROSIS UVULAR COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL: REPORTE DE UN CASO.....	93
NEOPLASIAS PANCREÁTICAS RARAS: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA DE UN TUMOR DE FRANTZ, REPORTE DE CASO.....	94
NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO.....	95
NEUROCISTICERCOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO.....	96
NO PERDER EL FOCO: ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD DE MOYAMOYA PEDIÁTRICA.....	97
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR SINDROME DE PINZAMIENTO MESENTÉRICO.....	98
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS: REPORTE DE UN CASO.....	99
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A FITOBEZOAR IMPACTADO EN DIVERTÍCULO DE MECKEL: REPORTE DE UN CASO.....	100
OOFORITIS AUTOINMUNE EN MUJER CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COMO CAUSA DE AMENORREA SECUNDARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	101
PANICULITIS MESENTÉRICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL PACIENTE CON ABDOMEN AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	102
PARÁLISIS DE TODD COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON CAVERNOMATOSIS MÚLTIPLE CEREBRAL.....	103
PARO CARDIORRESPIRATORIO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS: REPORTE DE CASO.....	104
PIODERMA GANGRENOSO COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CÁNCER DE OVARIO.....	105
POLICONDritis RECIDIVANTE CON COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	106
POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO. .	107
PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL BOTULISMO ALIMENTARIO, UNA AFECCIÓN INFRECIENTE. REPORTE DE UN CASO.....	108
PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO RECURRENTE ASOCIADO A MALFORMACIÓN MÜLLERIANA; LA IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO PRECOZ.....	109
PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA SEGMENTARIA RENAL COMO COMPLICACIÓN INFRECIENTE DE TRAUMA RENAL CONTUSO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	110
PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	111
PSEUDOQUISTE DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO COMO COMPLICACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRÍCULOOPERITONEAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.....	112
PSICOSIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEUROSÍFILIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	113
RECONSTRUCCIÓN ACETABULAR COMPLEJA CON TÉCNICA T-MARS EN PACIENTE ONCOLÓGICO CON DEFECTO PAPROSKY TIPO 4.....	114

RECONSTRUCCIÓN DEL TRACTO DIGESTIVO POSTERIOR A NECROSIS DE TUBO GÁSTRICO, REPORTE DE CASO.....	115
REVISIÓN ENFERMEDAD DE CUSHING POR MICROADENOMA HIPOFISARIO: REPORTE DE UN CASO.....	116
ROTURA BILATERAL SIMULTÁNEA DE TENDÓN PATELAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	117
SHOCK COMPLEJO EN PACIENTE HOSPITALIZADO: IMPORTANCIA DE SU CARACTERIZACIÓN PARA DETERMINACIÓN DE CONDUCTA.....	118
SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN DE HERNIA INGUINAL NO DIAGNOSTICADA...	119
SÍNDROME DE BALINT: REPORTE DE CASO.....	120
SINDROME DE EMANUEL: UNA RARA PATOLOGÍA DERIVADA DE UN CROMOSOMA SUPERNUMERARIO.....	121
SÍNDROME DE FIEBRE PERIÓDICA, ADENOPATÍAS, FARINGITIS Y AFTAS ORALES, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	122
SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA SEVERO: UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA FERTILIZACIÓN ASISTIDA.....	123
SÍNDROME DE PETER PLUS, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	124
SINDROME DE STAUFFER: MANIFESTACION PARANEOPLASICA DEL CARCINOMA RENAL DE CELULAS CLARAS, APROPOSITO DE UN CASO.....	125
SÍNDROME DE SWEET EN PACIENTE CON SALMONELOSIS Y CÁNCER CERVICOUTERINO: DESAFÍO ETIOLÓGICO.....	126
SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL Y LA FETOSCOPIA LÁSER COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA, REPORTE DE CASO.....	127
SÍNDROME GERSTMANN COMPLETO SECUNDARIO A HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN SITIO ATÍPICO: REPORTE DE UN CASO.....	128
SÍNDROME HEMATOFAGOCITICO POR ENFERMEDAD DE STILL REPORTE DE CASO.....	129
SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN EL CONTEXTO DE COVID19: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.....	130
TORSIÓN DE QUISTE OVARICO SIMPLE, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	131
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE GRANULOMA LARÍNGEO: REPORTE DE UN CASO.....	132
TRATAMIENTO OPORTUNO PARA DISMINUIR SECUELAS EN ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES TIPO 1, REPORTE DE CASO.....	133
TRAUMA PANCREÁTICO RELEVANCIA DE LOS HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO REPORTE DE UN CASO.....	134
TRICOBEOZAR EN ADOLESCENTE: REPORTE DE UN CASO.....	135
TRICOBEOZAR: REPORTE DE UN CASO.....	136
TRISOMÍA 18 EN MOSAICO Y SU SOBREVIDA HASTA LA ADULTEZ EN OPOSICIÓN A OTROS SUBTIPOS.....	137

TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA REFRACTARIA A TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO.....	138
TROMBOSIS DE LA VENA ESPERMÁTICA COMO ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE ESCROTO AGUDO	139
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ILEOFEMORAL IZQUIERDA, A PROPÓSITO DE UN CASO	140
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR CON DISEMINACIÓN ESPINAL Y CEREBRAL, REPORTE DE UN CASO.....	141
TUMOR APENDICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO REPORTE DE CASO.	142
TUMOR OVÁRICO GIGANTE: REPORTE DE UN CASO.	143
UN CASO EXCEPCIONAL DE STROKE: SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN HOMBRE JOVEN.....	144
USO DE ECOGRAFÍA EN EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	145
USO DE MISOPROSTOL COMO MANEJO CONSERVADOR DE PLACENTA ACCRETA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	146
USO DE MÚLTIPLES DOSIS DE METOTREXATO PARA EVITAR CIRUGÍA EN EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL: CASO CLÍNICO.	147
UTILIDAD IMAGENOLÓGICA EN LA EVALUACIÓN DEL DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	148
VASCULITIS ANCA ASOCIADA O ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES UN DILEMA DIFÍCIL DE RESOLVER: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS	149
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	150
CÁLCULO DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO PARA MOLA HIDATIFORME EN CHILE DURANTE EL PERIODO 2019-2022.....	151
DESCRIPCIÓN SOCIO-EPIDEMIOLÓGICA DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN MENORES DE 15 AÑOS EN CHILE (2020 A 2023).....	152
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ATENCIONES DE URGENCIA POR TRASTORNOS DEL HUMOR DURANTE 2021-2023 EN CHILE	153
IMPORTANCIA DEL MÉDICO EN LA PREVENCIÓN DE MALIGNIZACIÓN DE LEUCOPLASIA ORAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA.	154
MÁS ALLÁ DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO ENTRE LOS AÑOS 2020 Y 2023 EN CHILE.	155
RINOSINUSITIS CRÓNICA EN CHILE: ANÁLISIS DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO EN EL PERIODO 2019-2022.....	156
ROTURA AGUDA DE TENDÓN DE AQUILES: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD, 2021-2022	157
TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR DEMENCIA VASCULAR EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2019-2022.....	158



TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR SALMONELOSIS EN EL PERIODO DE 2019-2022 EN CHILE MEDIANTE ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	159
TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE DURANTE EL PERIODO 2020-2023 EN CHILE	160
TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABSCESO PERIANAL EN EL PERIODO 2019 A 2022 EN CHILE.....	161
TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO EN EL PERIODO 2019 A 2022 EN CHILE.	162
TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA DEL CORAZÓN COMO CAUSA BÁSICA EN CHILE, 2016-2022	163
TASA DE MORTALIDAD POR OSTEOSARCOMA SEGÚN VARIABLES DEMOGRÁFICAS DURANTE EL PERIODO 2017-2021 EN CHILE.	164
TÉCNICA DE ANCLAJE DISTAL EN ROTURA AGUDA DE TENDÓN DE AQUILES: EXPERIENCIA EN DOS CENTROS.....	165
UNA VISIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL ATÍPICA DURANTE EL PERIODO 2020-2023 EN CHILE.	166
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	167
ESTADO DEL ARTE DEL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN OTORRINOLARINGOLOGÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA.	168





Saludo de bienvenida

Les damos la más cordial bienvenida al **libro resumen de casos clínicos** de la **Jornada Científica de Investigación Médica**, organizada por la **Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Mayor, sede Temuco (ACEMUMT)**, los días **30 y 31 de agosto de 2024**.

Es un agrado para nosotros presentar esta recopilación de valiosas contribuciones científicas que reflejan el esfuerzo, la dedicación y el compromiso de quienes se preparan para ser los futuros profesionales de la salud. Este espacio ha sido diseñado para compartir conocimientos, fomentar la investigación médica y fortalecer el aprendizaje colaborativo entre estudiantes, docentes e investigadores.

Cada caso clínico aquí presentado representa el fruto de un trabajo riguroso y guiado por docentes. Confiamos en que este libro será una fuente de conocimiento y un catalizador para el intercambio de ideas, estimulando el desarrollo continuo de la medicina.

Agradecemos profundamente su participación y les animamos a seguir explorando, aprendiendo e investigando para contribuir al avance del conocimiento médico.

Comité Organizador

Jornada Científica de Investigación Médica 2024

Academia Científica de Estudiantes de Medicina Universidad Mayor sede Temuco (ACEMUMT)

Declaración pública comité organizador

Jornada Científica de Investigación Médica Universidad Mayor sede Temuco 2024

Como comité organizador de la jornada científica de la Universidad Mayor de Temuco llevada a cabo por la escuela de Medicina Y la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Mayor de Temuco (ACEMUMT), y en conformidad a la resolución exenta N*896 de la subsecretaría de redes asistenciales, publicada el día 02 de diciembre del 2024 , sobre la selección de los 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 resumen conformado por los 147 reportes de casos clínicos, 16 trabajos de investigación y 1 revisión bibliográfica seleccionados y presentados en la Jornada Científica Universidad Mayor de Temuco llevada a cabo los días 30 y 31 de agosto del 2024, la cual se ha emitido y difundido en formato digital, no existiendo versión impresa elaborada por el comité organizador.

Dicho libro se muestra disponible para su descarga en la página web oficial de ACEMUMT: www.acemumt.cl en la selección de libros resúmenes o en la siguiente carpeta Drive: https://drive.google.com/drive/folders/1_R_dH1ZUJBw2Cv6P-72FU32u8ukb1jVG?usp=sharing.

Asimismo, cada participante cuenta con su certificado de autor o tutor en formato electrónico que puedes verificar en este link <https://acemumt.cl/certificados/> según la codificación asignada. Finalmente certificamos que esta actividad es una actividad extra curricular de la carrera de medicina, no condicionante para el egreso.

Agradecemos la participación y la confianza depositada en esta academia, nos despedimos hasta una nueva instancia de aprendizaje e investigación.

Atentamente,

José Ignacio Lizama H.

Presidente ACEMUMT 2024





Colaboradores

Dr. Sergio Castillo, juez evaluador.

Dr. Jorge Sanhueza, juez evaluador.

Dra. Geraldine Sandoval, juez evaluador.

Dra. Rosana Villalobos, juez evaluador.

Catalina de la Barra, comité evaluador ACEMUMT.

Gerson Torres, comité evaluador ACEMUMT.

Christopher Valenzuela, comité evaluador ACEMUMT.

Matias Ibañez, comité evaluador ACEMUMT.

Daniela Muñoz, comité evaluador ACEMUMT.

Cristobal Yañez, comité evaluador ACEMUMT.

Marcos Salas, comité evaluador ACEMUMT.

Ariela Arroyo, comité evaluador ACEMUMT.

Fernando Hurtado, subdirector comité de investigación ACEMUMT.

Sofía Konrad, directora comité de investigación ACEMUMT.

Josefa Sauterel, Secretaria ACEMUMT.

Leonardo Jaque, Vicepresidente ACEMUMT.

Camila Cepeda, diseño libro resumen JCIMUMT.

Academia Científica de Estudiantes de Medicina Universidad Mayor sede Temuco (ACEMUMT)

Av. Alemania 281, Temuco, Chile.

acenum.temuco@mayor.cl

www.acenumt.cl

Casos Clínicos



A PROPÓSITO DE UN CASO: EL ENIGMA DEL LUPUS EN PACIENTE MASCULINO Y CUÁNDO SOSPECHARLO

Autores y Tutores: Vásquez Curilem Karla Eliana¹, Aranda Valdebenito Camila Alexandra¹, Echeverría Pradenas Sebastián², Venegas Navarrete Camila Alejandra¹, Chiba Hernández Sayuri¹, Pino Catalán Nicolás Matías¹, Caro Pardo Elizabeth Lorena³.

- 1. Interno de medicina, Universidad de O'Higgins**
- 2. Interno de medicina, Universidad San Sebastián**
- 3. Médico Internista**

INTRODUCCIÓN:

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune crónica que afecta predominantemente a mujeres en edad fértil, con una proporción de afectación de aproximadamente 9:1 en comparación con los hombres. Está marcada disparidad de género ha llevado a que el LES sea considerado tradicionalmente como una enfermedad "femenina". Sin embargo, la presentación clínica del LES en hombres, aunque menos común, puede ser más difusa y desafiante de diagnosticar, siendo en ocasiones más grave que en las mujeres.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado. Paciente masculino de 21 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en extrasistema por cuadro clínico con tos productiva, pérdida de peso, odinofagia, se indica tratamiento ambulatorio con amoxicilina. Evoluciona tórpidamente con compromiso del estado general, náuseas, vómitos, diarrea y hemoptisis. Exámenes: Creatinina 1.1 Leucocitos 4.090, Hb 11,4; Plaquetas: 43.000; Na: 144; K: 4,5; Cl: 118; BUN 41; Anti DNA + 1/320; C3 40.0; C4 8.0; Anticuerpos Anticitoplasma de neutrófilos- C negativo; Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos- P positivo; Anti PR3 0.6; Anti MPO 0.33 VIH NEGATIVO; HEP B/C no reactivo. Se ingresa a UTI con diagnóstico de glomerulonefritis rápidamente progresiva. Se solicita evaluación por nefrología, hematología y reumatología quienes finalmente plantean diagnóstico de LES y se inicia pulsos de metilprednisolona 500 mg/día, con buena respuesta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Si bien la prevalencia de lupus en hombres es significativamente menor que las mujeres, estos presentan manifestaciones clínicas más graves y una mayor propensión a desarrollar afectación renal severa comparado con las mujeres, siendo un factor determinante en el curso de la enfermedad y mortalidad. Considerar las diferencias de género en la presentación clínica, para la identificación precoz es fundamental para mejorar la atención y resultados clínicos en esta población menos común pero potencialmente más vulnerables.

PALABRAS CLAVES

Lupus eritematoso sistémico (LES), diferencia de género, presentación clínica, Systemic lupus erythematosus, Sex differences, Clinical presentation.

Absceso Tubo Ovárico en doble trompa uterina, Reporte de un caso.

Autores y Tutores: Rademacher Navarrete Catalina Jesús¹, Coloma Duran Lukas Alonso¹, Rojas Olave Francisca Javiera¹, Vergara Heller Kamyla Jane¹, Luna Clavet Cristian Alan².

- 1. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián Concepción**
- 2. Médico Cirujano especialista en Cirugía Infantil**

INTRODUCCIÓN:

El absceso tubo ovárico es una complicación poco frecuente de la enfermedad inflamatoria pélvica, generalmente asociada a infecciones de transmisión sexual. Se ha descrito también algunos casos en pacientes nulíparas, de escasa frecuencia, en contexto de anomalías genitourinarias con aislamiento de entero bacterias. Es una patología de alta importancia clínica ya que tiene complicaciones tales como la peritonitis secundaria; y a largo plazo infertilidad y dolor pélvico crónico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 13 años con antecedente de apendicetomía por plastrón apendicular complicado el 2023. Consultó por dolor hipogástrico, vómitos y fiebre. Exámen físico sin signos de irritación peritoneal. Dentro de los estudios iniciales se realizó una ecografía abdominal que mostró una masa pélvica heterogénea sin causa ginecológica aparente, análisis de orina normal y laboratorio con parámetros inflamatorios elevados. En vista de dolor persistente e imagen mal caracterizada en la ecografía se efectuó Scanner que informó signos de peritonitis secundaria a un proceso inflamatorio anexial izquierdo. Se realizó laparotomía exploradora que reveló absceso tubo-ovárico izquierdo y pelvis con abundante contenido purulento; y cultivo positivo para *Escherichia coli*. Se envió muestra a biopsia que informó plastrón formado por anexo uterino con trompa con doble bifurcación, quistes foliculares rotos inflamados y extensa necrosis. Posterior a resección quirúrgica y manejo antibiótico evolucionó de manera favorable, por lo que fue dada de alta de cirugía infantil.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A pesar de la ausencia de antecedentes típicos como la EIP o infecciones de transmisión sexual, el aislamiento de *Escherichia coli* sugiere que el absceso puede estar relacionado con una diseminación bacteriana desde el tracto gastrointestinal, posiblemente debido a la presencia de anomalías en el tracto genitourinario. El presente caso subraya la importancia de considerar el absceso tubo-ovárico en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en adolescentes, incluso en ausencia de antecedentes ginecológicos. Este reporte destaca la necesidad de mantener un alto índice de sospecha para condiciones raras pero graves como el Absceso tubo ovárico en pacientes jóvenes, y la importancia de una evaluación multidisciplinaria para optimizar el manejo y los resultados clínicos.

PALABRAS CLAVES

Absceso tubo ovárico, proceso inflamatorio pélvico, *Escherichia coli*.

ABDOMEN AGUDO DURANTE GESTACIÓN CON DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO QUE LLEVA A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

Autores y Tutores: Estefane Durán Andrés Ignacio¹, Oyarce Mejías Carlos Matías¹, Galeas Vargas Anaís Xiomara del Carmen², Aroca Suzuki José Daniel², Cárcamo Klunes Kurt³.

- 1. Interno de medicina, Universidad de Valparaíso**
- 2. Interna de medicina, Universidad Andrés Bello**
- 3. Médico Gineco-Obstetra,**

INTRODUCCIÓN:

El abdomen agudo (AA) se define como dolor abdominal agudo que puede representar patología que potencialmente amenace la vida, y que puede requerir atención quirúrgica de urgencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 22 años, cursando con embarazo de 23 + 4 semanas, consultó en servicio urgencia gineco-obstétricas por 14 horas de dolor abdominal severo, asociado a náuseas y vómitos. Se descarta sufrimiento fetal, encontrando dentro de estudio con ecografía obstétrica tumor anexial izquierdo 14x8cms, de bordes bien definidos, contenido heterogéneo, no impresiona torcido. Resonancia de abdomen y pelvis descarta otros procesos agudos abdominales. Frente a persistencia de sospecha clínica de torsión anexial, se decide laparotomía exploradora: Útero grávido de 23 semanas. Anexo izquierdo aumentado de tamaño de 14x10cm. Tumor no torcido, friable, rotura incidental al tacto. Abundante líquido libre.

Desde punto de vista obstétrico sin complicaciones, se da de alta 2 días posterior a cirugía. 15 días después se recibe informe de biopsia: Tumor de las células de la granulosa del adulto, patrón difuso. Inmunohistoquímica respalda diagnóstico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El AA durante el embarazo es poco frecuente. Entre 0,5%-2% de los embarazos requerirán cirugía por abdomen agudo; constituyendo un desafío adicional, ya que se deben tomar en consideración las causas obstétricas, los cambios anatómicos propios del embarazo y la reticencia a utilizar imágenes con radiación ionizante.

Además, el diagnóstico histológico de la paciente es destacable: El tumor de las células de la granulosa (TCG) del adulto es un tumor estromal maligno infrecuente, con una incidencia de 3,7/100.000, representando aproximadamente el 5% de todos los cánceres ováricos malignos. La edad promedio de presentación del TCG del adulto es sobre los 50 años. Su forma de presentación es por síntomas de masa anexial o trastornos endocrinos. El 10% debuta como abdomen agudo por torsión o rotura con hemoperitoneo. Su sobrevida a 5 años varía entre 90-50%.

La paciente fue etapificada y presentada a comité oncológico. Por sus características moleculares desfavorables y la ruptura incidental del tumor, se decidió en conjunto a la paciente interrumpir el embarazo a las 34 semanas para iniciar terapia adyuvante.

PALABRAS CLAVES

Abdomen agudo, Neoplasias ováricas, Torsión ovárica, Tumor de Células de la Granulosa.

ABSCESO OVÁRICO VERSUS TUMOR PÉLVICO, DESAFÍO DIAGNÓSTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Espinoza Palma Francisca Sofía¹, Baeza Ortiz Valentina Jesús¹, Domínguez Sandoval Víctor Ignacio¹, Maragaño Marina María Ignacia¹, Oyarce Farías Fabian Esteban¹, Zerené Castro Trinidad Belén¹, Vallejos Medina Camila².

- 1. Universidad Católica del Maule**
- 2. Becada de Ginecología y Obstetricia en Universidad Católica del Maule**

INTRODUCCIÓN:

Los abscesos ováricos son una complicación asociada al proceso inflamatorio pelviano. Habitualmente son polimicrobianos y se relaciona a mujeres con vida sexual activa, nulíparas y dispositivos intrauterinos. El diagnóstico se dificulta cuando no existen signos o síntomas de infección. En la ecografía, un absceso ovárico se puede visualizar como una lesión hipoecogénica, de pared irregular y engrosada, con hiperecogenicidad perilesional. En la Tomografía Computarizada puede parecer una masa hipodensa, de pared irregular y engrosada, con realce periférico posterior al contraste. Mientras que el tumor ovárico puede presentarse en la ecografía como una masa de ecogenicidad variable, con múltiples tabiques o nódulos internos, pared definida o irregular. La presencia de líquido libre puede indicar malignidad. Además, en la tomografía pueden mostrar realce heterogéneo con áreas de necrosis o hemorragia. El tratamiento es con antibioterapia de amplio espectro, si no hay respuesta, se realiza laparoscopia para diagnóstico y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina 29 años, antecedentes de 2 cesáreas + esterilización quirúrgica diciembre 2023. Ingres a ginecología 07/2024 por dolor abdominal y pélvico persistente + ecografía trasvaginal con tumor pelviano izquierdo de 8x7 centímetros tabicado, con vegetaciones, sin líquido libre y marcadores tumorales normales. Tomografía agrega compromiso parametrial izquierdo. Resonancia reporta masa inflamatoria parauterina izquierda con compromiso parametrial, tubario y anexial ipsilateral que determina moderada hidroureteronefrosis. Laboratorio destaca parámetros inflamatorios levemente aumentados. Durante la hospitalización se mantuvo 7 días con ceftriaxona-metronidazol vía endovenosa. El día 02/08/24 se realiza laparoscopia exploradora donde se evidencia, tumoración retrouterina de aproximadamente 5 centímetros en relación a anexo izquierdo con aspecto de absceso ovárico. Se punciona de forma controlada, dando salida a secreción purulenta. Se envía muestra a cultivo, negativo a las 48 horas. A los dos días se retiran drenajes por débito escaso y se realiza cambio a antibiótico vía oral para ser dada de alta hospitalaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El diagnóstico diferencial entre absceso ovárico y tumor puede ser complicado, en este caso apoyaba el diagnóstico de absceso los parámetros inflamatorios elevados, pero elementos de la imagenología podía hacer confundir con un tumor ovárico. En estos casos es fundamental la laparoscopia para esclarecer el diagnóstico y aportar el tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVES

Absceso ovárico, enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer de ovario.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO, SECUNDARIO A APARENTE TROMBOCITOSIS ESENCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: León Arratia Fernando Alonso¹, Fuentes Benavides Valentina Paz¹, Bombín Figueroa Antonella Belén¹, Rodríguez Caballero Catalina Paz¹, Cartagena Rubilar Matías Osvaldo².

- 1. Interno de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca.**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La trombocitosis esencial (TE) es una neoplasia mieloproliferativa caracterizada por trombocitosis sostenida e hiperplasia megacariocítica en la médula ósea (MO). Por lo general es un hallazgo incidental. El propósito del caso es determinar cómo realizar este diagnóstico y dar a conocer una de sus complicaciones, el accidente cerebrovascular (ACV).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino, 73 años. Antecedentes de hipertensión arterial. Presenta hemiparesia facio-braquio-crural derecha y hemiparesia facial izquierda. Se realiza tomografía computarizada (TC) de cerebro sin contraste, se observa ACV hemorrágico de focos múltiples, atípicos. En laboratorio destaca trombocitosis de 1.564.000 mm³. Evoluciona con compromiso de conciencia, se controla con nueva TC, se observa hematoma intraparenquimatoso parietal derecho, asociado a hemorragia intraventricular y edema perilesional con efecto de masa. Se solicita estudio molecular con Janus Quinasa 2 (JAK 2) el cual resulta positivo. Se inicia manejo con Hidroxicarbamida, logrando recuento normal de plaquetas al mes. Actualmente en espera de biopsia de MO.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El curso clínico de la TE suele ser asintomático, puede ser interrumpido por complicaciones hemorrágicas como en el presente caso. El tratamiento con hidroxicarbamida tiene como objetivo prevenirlas. El paciente cumple 3 de los 4 criterios mayores para TE. 1) Trombocitosis >450.000 mm³ 2) Mutación JAK 2 positiva 3) No cumple criterios para otras neoplasias mieloides. Queda pendiente la biopsia de MO, donde sería esperable encontrar proliferación de megacariocitos. Es importante en estos casos relacionar el hallazgo de la trombocitosis con el cuadro clínico actual del paciente con el fin de descartar una trombocitosis reactiva y así evitar el error diagnóstico.

PALABRAS CLAVES

Trombocytosis, Hemorrhagic Stroke, Janus Kinases 2, Hydroxyurea.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO CRIPTOGÉNICO EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE CASO

Autores y Tutores: Sapunar Schneider Raimundo Andres¹, Manríquez Ulloa Constanza Valentina¹, Aedo Figueroa Javiera Paola¹, Saldivia Susperreguy Felipe Ignacio¹, Leal Aburto Alejandra Valentina Lisseth¹, Salinas Aravena Eliezer².

- 1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Médico Cirujano, Especialista Neurología Adultos**

INTRODUCCIÓN:

El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es una de las principales causas de mortalidad global, asociado a importantes secuelas neurológicas causantes de discapacidad permanente. El ACV criptogénico o indeterminado representa el 25% del total, y puede presentarse como consecuencia de un evento cardioembólico pero sin un factor de alto riesgo identificado y/o sin causa aterotrombótica que lo explique.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 38 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 no insulino requirente, que consulta en urgencias por cuadro de un día de evolución de cefalea en trueno asociado a vértigo, inestabilidad de la marcha y visión borrosa, al examen neurológico destaca hemianopsia homónima y palinopsia izquierda. Se realiza Tomografía computarizada (TC) de cerebro donde se observa hipodensidad occipital derecha y cerebelosa izquierda. En estudio etiológico, angioTAC de cerebro y cuello que impresiona interrupción del flujo en la arteria cerebral posterior derecha, Holter de ritmo normal y Ecocardiograma informa aurícula izquierda levemente dilatada con test de burbujas positivo para shunt, indicativo de foramen oval permeable (FOP). Se decide alta con posterior evaluación por cardiología para considerar cierre de FOP.

DISCUSIÓN

El ACV criptogénico representa un reto diagnóstico, ya que requiere un estudio completo que descarte una causa embólica de alto riesgo, como la fibrilación auricular o el trombo intraventricular, estenosis ateromatosas de los vasos implicados en la irrigación del territorio afectado. En este caso el estudio etiológico inicial no identificó una causa, por lo que se tuvo que investigar más exhaustivamente, descubriendo la presencia de foramen oval permeable.

CONCLUSIÓN

Aunque la prevalencia del ACV de causa criptogénica es significativa, suele ser subestimada como causa de ictus, siendo crucial considerarlo en pacientes jóvenes cuando los estudios no revelan evidencias de etiologías más comunes. Pese a su elevada frecuencia, no existe un protocolo de prevención secundaria estandarizado que disminuya su recurrencia. La decisión de cierre del FOP se está volviendo más común como una medida preventiva para evitar recurrencias de ACV en estos pacientes.

PALABRAS CLAVES

Foramen oval permeable, accidente cerebrovascular criptogénico, embolia paradójica

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO DE ETIOLOGÍA EXTRACRANEAL A RAÍZ DE DISECCIÓN COMPLETA DE ARTERIA CARÓTIDA COMÚN.

Autores y Tutores: Franzani Alarcón Fernanda Macarena¹, Gutiérrez Calquín Leticia Belén², Alcaíno Navarro Javier Patricio¹, Núñez Espinoza Carola Sol¹, Valenzuela San Román Jesús Antonio¹, Acevedo Aguilar Francisca Alejandra¹, Núñez Águila Luis Orlando³.

- 1. Interno de Medicina, Universidad de Talca.**
- 2. Interna de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
- 3. Médico Neurólogo Hospital de Curicó.**

INTRODUCCIÓN:

El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es la forma más común de ACV, constituyendo un 62% de los casos a nivel mundial. Entre sus etiologías, se encuentra la disección carotídea espontánea, que se presenta frecuentemente en pacientes jóvenes con enfermedades del tejido conectivo; o mayores de 45 años con factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial crónica. La disección suele ocurrir con más frecuencia la disección a nivel de carótida interna, en un 10-20% de los casos se presenta en la arteria carótida común.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 45 años, con antecedente de hipertensión arterial no tratada; hipermenorrea en tratamiento con medroxiprogesterona, y consumo de cocaína. Es admitida al servicio de urgencias por alteración súbita de conciencia súbito de 30 minutos. A su ingreso destaca sopor profundo y midriasis de ojo izquierdo. Se solicita tomografía de encéfalo sin hallazgos.

En espera de evaluación por equipo de paciente crítico (UPC), evoluciona con empeoramiento de nivel de conciencia y pérdida de reflejos protectores de vía aérea, por lo que se decide intubar e iniciar vasoactivos ante hipotensión refractaria.

Equipo UPC, a las 4 horas desde su ingreso, solicita nueva tomografía más con hallazgo de: signo de la cuerda hacia izquierda e hipodensidad de territorio de arteria cerebral media y anterior; angiogramografía de cuello disección de arteria carótida izquierda a 2 centímetros de su nacimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Dentro del ACV isquémico, las convulsiones no son una forma habitual de presentación de este, referidas más habitualmente a hemorragias intracraneales. A pesar de esto, a mayor extensión de la zona de isquemia y edema peri-lesional se hacen más probables presentaciones clínicas inhabituales. Dentro de las causas de ACV que generan compromiso parenquimatoso extenso se encuentra la disección de arterias extracraneales, la cual se describe con más frecuencia comprometiendo arteria carótida común, y en pacientes con factores de riesgo para disección espontánea, comprometiendo el territorio de la arteria cerebral anterior y media.

En suma, la disección de arteria carótida es una causa a considerar en pacientes jóvenes con clínica de ACV, con o sin factores de riesgo cardiovascular.

PALABRAS CLAVES

Accidente Cerebrovascular Isquémico, Disección Arterial, Hipertensión

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SECUNDARIO A DISECCIÓN DE ARTERIAS CERVICALES LUEGO DE TOS INTENSA.

Autores y Tutores: Gutiérrez Calquín Leticia Belén¹, Alcaíno Navarro Javier Patricio², Franzani Alarcón Fernanda Macarena², Núñez Espinoza Carola Sol², Calquín Labra Mateo¹, Pérez Infante Vaitiare Anabelle², Núñez Águila Luis Orlando³.

- 1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.**
- 2. Interno de medicina, Universidad de Talca.**
- 3. Médico Neurólogo Hospital de Curicó.**

INTRODUCCIÓN:

La disección de arterias cervicales (DAC) es una causa importante de accidente cerebrovascular (ACV) en adultos jóvenes. La terapia antitrombótica oportuna permite disminuir el riesgo de ocurrencia y/o recurrencia de eventos neurológicos secundarios a DAC, siendo primordial su reconocimiento temprano. Se expone el caso de una paciente con ACV secundario a DAC que días previos consultó por cefalea que no parecía de alarma.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente sana de 50 años, cursando rinofaringitis, consulta por 4 días de náuseas y cefalea frontotemporal izquierda que inició luego de tos intensa. Se administra analgesia y se desestima mayor estudio. A los 3 días, presenta disartria, hemiparesia y hemihipoestesia derecha de inicio súbito. Tomografía computada (TC) de cerebro sin contraste no informa hallazgos agudos. Se diagnostica ACV isquémico menor. Se descarta terapia de reperfusión, se inicia manejo con doble antiplaquetarios y estatinas. TC de cerebro sin contraste a las 48 horas informa infarto subagudo frontal izquierdo. Laboratorio de factores de riesgo cardiovascular, holter de ritmo y ecocardiograma transtorácico normales. Se realiza angioTC de vasos arteriales cervicales e intracranenos que informa disección oclusiva de arteria carótida interna izquierda desde origen hasta segmento petroso y disección de arteria vertebral izquierda extracraneana.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La presentación clínica de DAC es poco específica, lo que conduce a que en la mayoría de los casos el diagnóstico temprano no sea posible y se realice después de ocurrido un evento neurológico. El síntoma cardinal de presentación es cefalea de aparición repentina, unilateral, continua y que dura días. Se puede acompañar de cervicalgia, síndrome de Horner y tinnitus. Puede reconocerse un desencadenante mecánico como tos intensa. Además, se ha observado que una infección reciente, particularmente respiratoria, predispone a DAC.

Aunque DAC posee una baja incidencia general, es esencial que el médico reconozca características claves de su presentación para prevenir ACV por esta causa.

PALABRAS CLAVES

Accidente Cerebrovascular Isquémico, Adulto Joven, Cefalea, Disección Arterial, Tos

ADENOMIOMA ENMASCARADO COMO MIOMA: UN DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO.

Autores y Tutores: Fernández Pizarro Catalina¹, Aguilera Delgado Valentina¹, Aracena Ocaranza Javiera¹, Doll Alucema Elaine¹, Díaz Ramírez Fernando².

- 1. Medicina, Universidad de Antofagasta.**
- 2. Ginecólogo Obstetra, Hospital Regional de Antofagasta.**

INTRODUCCIÓN:

Adenomiosis (AD), es una enfermedad ginecológica donde glándulas endometriales y estroma están en el miometrio, causando hiperplasia e hipertrofia. La presentación más frecuente es la AD difusa. Afecta 20 a 35% de mujeres en edad fértil, especialmente 40 a 50 años. Los síntomas típicos incluyen dolor pélvico y sangrado uterino anormal. El diagnóstico definitivo es mediante biopsia, aunque la ecografía vaginal (84% sensibilidad, 91.9% especificidad) y la resonancia magnética nuclear (RMN) (88% sensibilidad, 94.6% especificidad) son valiosas dentro del estudio. A continuación se presenta un diagnóstico retrospectivo de adenomioma quístico, que ecográficamente muestra características similares a un mioma.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años, nulípara, con antecedentes de legrado uterino y mioma uterino FIGO VI, múltiples consultas previas policonsultante por dolor pélvico crónico, el cual intensificó 7 días antes de consultar. Concomitantemente presentó disuria y fiebre, lo que motivó su visita a urgencias. La Ecografía transvaginal destacó imagen sugerente de mioma. Por su intensidad se decidió hospitalizar hospitalización y, pese analgesia endovenosa, persistió dolor. Posteriormente se solicitó RMN pélvica, la cual reveló leiomioma con degeneración hialina y focos de adenomiosis. Finalmente, la biopsia diagnosticó adenomioma focal (ADF).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

ADF es una alteración rara e inespecífica, provocando diagnósticos erróneos por el parecido con otras patologías ginecológicas. En el caso presentado, la paciente quien se presentó con dolor pélvico de larga data, se diagnosticó un mioma con degeneración quística mediante RMN y finalmente la biopsia reveló ADF. La ecografía es valiosa para el estudio inicial dado a su bajo costo y alta efectividad; la RMN ofrece mayor precisión diagnóstica para diferenciar ADF y mioma con degeneración quística, pero es una herramienta costosa y de difícil acceso. Es esencial considerar diferentes diagnósticos y la posibilidad de AD ante síntomas inespecíficos y hallazgos ecográficos similares, para al final definir tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVES

Adenomiosis, Dolor Pélvico, Mioma.

AISLAMIENTO DE CANDIDA DUBLINIENSIS EN UN ADULTO CON PERITONITIS FÚNGICA.

Autores y Tutores: Viza Rojas Daniela Alejandra¹, Costagliola Rojas Claudia Antonella¹, Grlica Bahamondes Danitza Jelena¹, Rosselot Carrera Amanda Sofía¹, Soto Linay María Jose².

- 1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte.**
- 2. Médica cirujana, Becada de Cirugía,**

INTRODUCCIÓN:

La peritonitis fúngica (PF) constituye una patología de elevada morbimortalidad, generalmente provocada por *Candida albicans* (CA). Pero, se ha observado un incremento en la frecuencia de especies *Candida* no *albicans* (CNA), como *Candida dubliniensis* (CD), que representa aproximadamente el 1% de las candidiasis humanas. El objetivo de este trabajo es profundizar sobre aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta patología, destacando la rareza del CD en PF.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 57 años con antecedente de artritis psoriásica en tratamiento con metotrexato, prednisona y secukinumab consulta por dolor mesogástrico de 3 días de evolución. Se toma tomografía computarizada reportando úlcera duodenal perforada. Se realiza duodenorrafia y parche omental además de cultivo de líquido peritoneal (LP). Posteriormente, progresa con cuadro séptico tratado con antibióticos empíricos y fluconazol por 5 días. Resultados de cultivo notificaron CD, por lo que se diagnostica PF. Se reemplaza fluconazol por anidulafungina. Paciente evoluciona favorablemente, actualmente en seguimiento hospitalario.

DISCUSIÓN

La peritonitis es predominantemente bacteriana, por tanto, es notable identificar CD como agente causal dado su bajísima frecuencia. Clínicamente, es difícil distinguir entre PF y bacteriana por la similitud sintomática, pero, la presencia de factores de riesgo (como inmunosupresión o uso de drogas endovenosas) aumentan la sospecha de infección fúngica. El método diagnóstico de elección para PF es el cultivo microbiológico de LP, que permite la identificación del patógeno e inicio de la terapia específica, que en este caso fue anidulafungina. Aquello es crucial, porque la literatura indica mayor resistencia a azoles en especies CNA (como CD). Además, la presencia fúngica en LP está asociada a peor pronóstico.

CONCLUSIÓN

Ante un cuadro de peritonitis, es importante considerar a especies CNA como agentes etiológicos, especialmente en presencia de factores de riesgo. Realizar un apropiado diagnóstico y tratamiento son fundamentales para mejorar los resultados clínicos de los pacientes.

PALABRAS CLAVES

Candida, Mycoses, Peritonitis.

Anastomosis termino-terminal de Vena Cava inferior porción infrarrenal secundario a trauma penetrante. Reporte de caso

Autores y Tutores: Mora León Francisco Elías¹, Valdés Arroyo Ignacio Alberto¹, Orué Rojas Macarena Isidora¹, Gonzalez Solís Tomas Ignacio¹, Hidalgo Aravena Daniela Jesús², Valenzuela Rojas María José², Muñoz Cornejo Ana Luz³.

- 1. Medicina, Universidad San Sebastián**
- 2. Medicina, Universidad Mayor**
- 3. Becada Cirugía General**

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones ocurridas en la vena cava inferior (VCI) son poco frecuentes debido a su ubicación retroperitoneal. Estas se asocian a un importante compromiso hemodinámico. El principal mecanismo de lesión es secundario a trauma penetrante, con una frecuencia de 1 por cada 300 heridas por arma blanca y de 1 por cada 50 por arma de fuego. La vena cava inferior porción infrarrenal (VCIPI) es la más propensa a lesión, representando un 40% de las lesiones y con una mortalidad del 33%. La supervivencia depende del segmento anatómico comprometido, debido al difícil acceso en el abordaje quirúrgico, lo cual impide un rápido y eficaz control vascular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 37 años, con antecedentes de gastroyeyunoanastomosis Billroth II (GyaBII), monorreno traumático secundario a herida por arma de fuego (HPAF) y múltiples laparotomías previas. Ingresa al reanimador, hemodinámicamente inestable, secundario a HPAF. Se realiza laparotomía exploradora en la que se evidencia lesión de 5 x 6 centímetros (cm) en la GyaBII, la cual se rafia. Durante el intraoperatorio, evoluciona hemodinámicamente inestable, observándose sangrado activo en zona 2, correspondiente lesión en la VCIPI, de 1 cm. Por lo que se liga con parcial cese del sangrado. Ante la nula respuesta, se decide clampearse y realizar anastomosis termino-terminal de VCIPI mediante rafia simple. Finalmente se desclampea y se logra control total de hemorragia. Paciente posteriormente continúa evolución satisfactoria en unidad de paciente crítico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Si bien una lesión de VCIPI es infrecuente, su progresión es mortal. Es importante identificar los procedimientos que permitan disminuir la mortalidad, entregando tratamiento oportuno que garantice un rápido control de la hemorragia para obtener un pronóstico favorable. La decisión de realizar anastomosis termino-terminal de VCI porción infrarrenal es debatible debido a la poca evidencia, sin embargo, algunos reportes sustentan su manejo a través de rafia simple en un 83% por sobre la ligadura (13%), sin embargo, su éxito es variable debido a la alta dificultad técnica.

PALABRAS CLAVES

Hemorragia, Laparotomía, Vena cava inferior, Mortalidad, Ligadura

ANEMIA SEVERA SECUNDARIA A SANGRADO UTERINO ANORMAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Rudolph Miño Gabriela Valentina¹, Leal Aburto Alejandra Valentina Lisseth¹, Manríquez Ulloa Constanza Valentina¹, Zúñiga Gutiérrez María Constanza².

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Ginecólogo Obstetra**

INTRODUCCIÓN:

El sangrado uterino anormal (SUA) es la variación aguda o crónica del ciclo menstrual normal, presente en 30% en mujeres en edad reproductiva. Su estudio se basa en estudio estructural, como miomas uterinos, y funcional como coagulopatías. Una de cada 5 adultos y una de cada 3 adolescentes con SUA tendrán diagnóstico de trastorno hemorrágico subyacente. Puede ser el primer síntoma, independientemente de la edad. Entre las coagulopatías, la Enfermedad de Von Willebrand (EvW) es la diátesis hemorrágica congénita más frecuente, presente en 1% de la población general.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 37 años, multípara de 1 con antecedente de EvW consulta en urgencia por episodio de lipotimia. Al examen físico destacaba mucosas pálidas, especuloscopia cuello con sangrado moderado, inactivo. En ecografía transvaginal, útero heterogéneo multinodular, con miomas FIGO 2 y 3 en cara anterior y posterior (aprox. 30x30mm), endometrio con grosor de 9.5mm, con coágulos en su interior, fondo de saco de Douglas libre. En exámenes de laboratorio destacaba hematocrito 21.4%, hemoglobina 6.2gr/dL y B-HCG negativa. Se administró ácido tranexámico para control del sangrado, analgesia y 2 unidades de glóbulos rojos. Se hospitalizó para manejo y estudio. Requirió traslado a un centro de mayor complejidad para resolución quirúrgica en conjunto con equipo de hematología.

DISCUSIÓN

Siempre evaluar inestabilidad hemodinámica o anemia sintomática en caso de sangrado activo. Descartar embarazo. Si sospecha coagulopatía consultar por historia clínica propia y familiar, síntomas asociados como gingivorragia y epistaxis. Descartar patología estructural con estudio de imágenes inicial con ecografía transvaginal y funcional con pruebas de coagulación. El tratamiento inicial de SUA con EvW es la terapia hormonal con ácido tranexámico. El definitivo es la histerectomía, es crucial evaluar paridad cumplida satisfactoriamente y plan de manejo de sangrado en el proceso quirúrgico.

CONCLUSIÓN

El SUA es una patología que puede presentarse en una consulta tanto en policlínico como en urgencia que requiere un estudio ordenado teniendo presente la amplitud de sus causas y la posibilidad de que se deba a más de una de ellas para proporcionar el tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVES

Abnormal uterine bleeding, Von Willebrand disease, Severe anemia, Uterine fibroids, Hysterectomy

ANGINA DE LUDWIG: UN REPORTE DE CASO

Autores y Tutores: Sotelo Quintanilla Charlotte¹, Jaramillo López Camila¹, Fernández Venegas Valeria¹, Galvez Vidal Mario².

1. **Medicina. Universidad Diego Portales**
2. **Médico cirujano.**

INTRODUCCIÓN:

La Angina de Ludwig (ADL) es una infección del piso de la boca y cuello infrecuente, caracterizada por fiebre, trismus, disfagia, odinofagia y elevación de la lengua. Su etiología más frecuente es la infección tras extracción del segundo y tercer molar inferior. Su importancia radica en que posee un curso rápidamente progresivo con complicaciones posiblemente letales tales como obstrucción de vía aérea, rotura carotídea o abscesos. Por lo tanto, el pilar de tratamiento debe ser un rápido reconocimiento de la patología, protección de la vía aérea, terapia antibiótica y drenaje quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 49 años, con antecedente de extracción dental frustra reciente del tercer molar, refiere que se encuentra en tratamiento antibiótico por Amigdalitis Bacteriana con sospecha de Absceso Periamigdalino, actualmente en su cuarto día de tratamiento. Acude a Servicio de Urgencia por limitación para apertura oral, ingesta de medicación y líquidos a pesar de antibióticos.

Al examen físico destaca afebril, con leve desviación uvular a derecha con franca limitación de apertura oral, adenopatías cervicales y submandibulares.

Es derivado a Hospital Regional de Rancagua (HRR) para realización de TAC de cuello que evidencia: compromiso zona laterofaringea izquierda con obstrucción parcial de vía aérea; región submandibular con zonas de abscedación y zonas difusas, que abarca hasta zona tercio superior cervical.

Por cuadro compatible con ADL se decide ingresar a Unidad de paciente crítico del HRR a paciente para monitorización y manejo definitivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La Angina de Ludwig es una patología poco frecuente pero con un porcentaje de mortalidad asociado elevado. Su diagnóstico es meramente clínico, por lo cual, es importante mantener un umbral de sospecha bajo para reconocerla y evitar las complicaciones asociadas. El caso presentado es un ejemplo de lo anterior, donde afortunadamente se derivó de forma oportuna al paciente para continuar su estudio y manejo.

PALABRAS CLAVES

Angina de Ludwig, Infección, Piso de la boca y cuello.

ANGIOEDEMA HEREDITARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Mendoza Mackenzie Gabriela Antonia¹, Silva Beltrán Gerald Orlando¹, Becerra Castillo Valentina Isabel¹, Cifuentes González Benjamín Ignacio¹, Saldaña Castillo Alejandro Ignacio¹, Cerda Contreras Camila Victoria¹, Valdés Vera Gabriel Ignacio².

1. Medicina, Universidad Mayor Temuco
2. Médico Internista

INTRODUCCIÓN:

Angioedema hereditario (AH), entidad clínica poco frecuente que afecta a 1 de cada 50.000 personas. Es causado por una mutación en el gen inhibidor de la esterasa C1 (IEC1), se manifiesta con episodios recurrentes de edema no pruriginoso y sin fóvea mediado por una sobreproducción de bradicinina, que afecta tejido subcutáneo o submucoso a nivel de cara, cuello, cavidad oral, laringe y extremidades, pudiendo ser potencialmente mortal por el compromiso de vía aérea.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 30 años, consulta en servicio de urgencias por edema en cara, dificultad para deglutir y disnea, antecedente familiar de angioedema hereditario confirmado (tía). Inicialmente se maneja con hidrocortisona, adrenalina y clorfenamina, sin respuesta. Paciente es intubada e ingresa a unidad de cuidados intensivos, se administra icatibant con evolución favorable, edema facial y orofaríngeo a la baja, se logra extubación a las 24 horas sin complicaciones. Para confirmación diagnóstica se mide C1q esterasa cuantitativo que resulta en 75.6 mg/dL (valor de referencia 195-345 mg/dL).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se describen tres tipos de AH, el tipo 1 es el déficit cuantitativo del IEC1 que corresponde al 85% de los casos. Si bien la mayoría de los pacientes tiene antecedentes familiares, cerca del 25% genera mutaciones de novo.

Las manifestaciones inician alrededor de los 20 años, los episodios agudos se presentan con una frecuencia y gravedad impredecible, duran de 2 a 5 días pudiendo resolverse sin necesidad de tratamiento médico.

El diagnóstico es en relación a hallazgos clínicos y de laboratorio, con valores cuantitativos del inhibidor bajo el 50% del límite inferior o niveles de funcionalidad anormales, en nuestro país se necesitan 2 de estos resultados separados por mínimo 2 meses o 1 resultado alterado si el paciente tiene un familiar con diagnóstico confirmado.

Para el manejo de ataques agudos que involucran vía aérea se pueden utilizar fármacos como Icatibant, que actúa evitando la unión de la bradicinina a su receptor, bloqueando así sus efectos biológicos. En Chile está garantizado por la ley Ricarte Soto el uso a demanda del IEC1 que resulta en el aumento de sus niveles plasmáticos regulando a la baja producción de bradicinina.

PALABRAS CLAVES

Angioedema hereditario, proteína inhibidora C1, bradicinina

ANOSOGNOSIA VISUAL, SÍNDROME DE ANTON: REPORTE DE CASO.

Autores y Tutores: Oyarce Farías Fabián Esteban¹, Espinoza Palma Francisca Sofía¹, Maragaño Marina María Ignacia¹, Zerene Castro Trinidad Belen¹, Baeza Ortiz Valentina Jesús¹, Domínguez Sandoval Víctor Ignacio¹, Garrido Sánchez Pablo Andrés².

- 1. Medicina, Universidad Católica Del Maule**
- 2. Médico internista**

INTRODUCCIÓN:

Las isquemias focales que afectan territorios limítrofes de las grandes arterias, generan “infartos fronteras”, aquellas que comprometen la arteria cerebral media y arteria cerebral posterior, produce afectación de las áreas visuales asociativas de la corteza occipital bilateral, dando origen al “síndrome de Anton”. Este síndrome es un trastorno neuropsiquiátrico, manifestado por anosognosia visual, confabulación y ceguera cortical, en ocasiones se asocia a dislexia, disgrafía y acalculia. En el paciente adulto mayor se suele presentar de manera atípica con desorientación y alucinaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 79 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 no insulino requirente e hipertensión arterial, se hospitaliza el día 17/07 en contexto de accidente isquémico transitorio, presentando mareos, desorientación en tiempo y espacio, bradilalia, dificultad para seguir órdenes, agnosia visual, acalculia y pérdida de memoria. Se solicita scanner de cerebro con contraste, donde se evidencia hipodensidad crónica occipital derecha e hipodensidad subaguda occipital izquierda. Se realizó angiogramografía computarizada de cuello y cerebro con estenosis significativa en transición de segmento M1 y M2 de arteria cerebral media derecha y segmento P1 de arteria cerebral posterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El síndrome de Anton-Babinski es una entidad patológica muy poco frecuente y de difícil diagnóstico en el adulto mayor, sin embargo, el hallazgo de un paciente con pérdida de visión atípica y evidencia imagenológica de injuria en el lóbulo occipital nos orientan a tener alta sospecha. En este sentido, la aplicación de la valoración geriátrica integral resulta ser una eficaz herramienta para la aproximación diagnóstica de una patología invalidante para el paciente, cuyas complicaciones impactan en las actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria, requiriendo asistencia y rehabilitación de secuelas propias de la ceguera y déficit motor.

PALABRAS CLAVES

Ischemic stroke, cortical blindness, visual agnosia

APENDICITIS DEL MUÑÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Henríquez Guevara Alejandra Paola¹, García Marrero Paula¹, Guerra González Luis Alejandro¹, González Castro Maximiliano Elías Andrés Tomás¹, Rojas Sánchez Elena Emperatriz¹, Máximo Ossa Jorge Ignacio¹, Palominos Salas Javier Alejandro².

- 1. Medicina - Universidad San Sebastián, Sede Santiago**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La apendicitis del muñón apendicular es una complicación tardía de la apendicectomía, sea abierta o laparoscópica, en la que se produce la inflamación del muñón apendicular remanente de la cirugía. Su clínica es similar a la apendicitis clásica, pero su diagnóstico es muchas veces tardío, ya que el antecedente de una apendicectomía previa genera el descarte de esta patología en el análisis clínico inicial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 35 años, con antecedente de hipertensión arterial y apendicectomía por video laparoscopia (VLP) a los 31 años. Se presentó en Urgencias por cuadro de dolor abdominal de predominio en hemiabdomen inferior y en cuyo examen físico destacó un abdomen con signos de irritación peritoneal en fosa iliaca izquierda. En exámenes de laboratorio destacó leucocitosis con desviación izquierda, y elevación de proteína C reactiva. En la tomografía computada de abdomen y pelvis, se informó signos de apendicitis aguda en evolución. Se realizó VLP exploradora, donde se evidenció muñón apendicular con signos inflamatorios. Posterior a conversión a técnica abierta dada abundancia adherencias, se realizó la liberación del muñón apendicular necrosado, de aproximadamente 20 mm con posterior invaginación del mismo. Frente a una evolución satisfactoria, la paciente fue dada de alta a las 48 horas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La apendicitis del muñón apendicular tiene una incidencia muy baja, de 0,15% de las apendicitis. Se propone que su incidencia iría en aumento, de la mano del aumento de técnica VLP, que genera un menor campo visual; imagen bidimensional y falta de sensibilidad táctil. Sin embargo, en un análisis de 60 apendicectomías del muñón, en el 66% de ellas la primera cirugía fue abierta, y no por VLP, lo que descartaría la propiedad de la técnica. De todas maneras, sí existen distintas sugerencias en relación a la técnica quirúrgica a la hora de evitar un futuro un proceso inflamatorio del muñón, como son la visualización y sección completa de la unión ceco-apendicular; evitar remanente mayor a 5 mm e invaginar el muñón restante. En suma, a pesar de su baja frecuencia, no es posible descartar una apendicitis en un paciente apendicectomizado.

PALABRAS CLAVES

Apendicitis, apendicectomía, complicaciones posoperatorias

ARTERITIS DE LA ARTERIA TEMPORAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores y Tutores: Gatica Salas Tomás Eduardo¹, Flores Arrey Javiera Fernanda¹, Ruz Rodríguez Benjamín Ignacio¹, Fernández Contreras Isidora Catalina¹, Rissetti Villalobos Joaquín Andrés².

- 1. Medicina, Universidad de Concepción**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La Arteritis de Células Gigantes (ACG) es la vasculitis sistémica más común, con una prevalencia de 1% en mujeres y 0,5% en hombres. Habitualmente ocurre en mayores de 50 años, con una incidencia máxima entre los 70-79 años. La cefalea intensa y sensibilidad en el área temporal ocurre en más de dos tercios de los pacientes. El 50% experimenta claudicación mandibular. La pérdida transitoria de la visión (Amaurosis Fugax) puede ser una manifestación temprana. Se deben descartar otros diagnósticos diferenciales como otras Vasculitis sistémicas, Migraña con aura y Accidente Cerebrovascular. Es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno para prevenir complicaciones graves como la pérdida permanente de la visión que puede presentarse hasta en un 15% de los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años con antecedentes de Diabetes Mellitus, Obesidad, Hipertensión Arterial, Lupus y Dislipidemia. Presenta cefalea parieto-temporal izquierda de 3 semanas de evolución, evaluada previamente en policlínico donde se sospechó migraña con aura.

En la tercera consulta en policlínico de atención primaria, se pesquisa claudicación mandibular y un episodio de Amaurosis Fugax la semana previa. Al examen físico con sensibilidad a la palpación de arteria temporal, disminución de agudeza visual y fotofobia. Se toman exámenes de laboratorio donde destacan parámetros inflamatorios bajos, es presentada a centro de mayor complejidad con sospecha de Arteritis de la Temporal, autorizando traslado para estudio y manejo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La Arteritis Temporal es una enfermedad poco frecuente pero que debe considerarse en pacientes con cefaleas de inicio reciente, asociadas a alteraciones bruscas de la agudeza visual y claudicación mandibular. El riesgo de una pérdida permanente de la visión es lo que convierte este cuadro en una urgencia. Es importante la derivación oportuna en caso de sospecha para realización de pruebas diagnósticas como la biopsia de arteria temporal y la Ecografía Doppler para iniciar tratamiento precozmente.

PALABRAS CLAVES

Amaurosis, Arteritis de Células Gigantes, Cefalea, Vasculitis.

ARTROPLASTIA DE GIRDLESTONE COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTE CON SECUELAS DE DISPLASIA DE CADERA.

Autores y Tutores: Viza Rojas Daniela Alejandra¹, Costagliola Rojas Claudia Antonella¹, Grlica Bahamondes Danitza Jelena¹, Rosselot Carrera Amanda Sofia¹, Antillanca Landaeta Danilo Valentin².

- 1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte.**
- 2. Médico cirujano especialista en Traumatología y ortopedia**

INTRODUCCIÓN:

La artroplastia de Girdlestone (AG) es un procedimiento quirúrgico de último recurso, utilizado como rescate en casos de falla o infección de prótesis totales de cadera. Su mayor desventaja es el acortamiento de la extremidad intervenida, generando disminución en la funcionalidad. El objetivo de este trabajo es documentar un caso clínico con evolución favorable, destacando la contradicción con la literatura existente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 63 años, con diagnóstico de luxación congénita de cadera bilateral con defecto acetabular severo, no tratada. En 2017, se realizó una cirugía de salvataje de cadera. Por persistencia de alteración en la marcha y dolor, reingresó a pabellón en 2023, realizándose AG de cadera bilateral. La paciente evolucionó favorablemente y se decidió alta domiciliaria. Durante el seguimiento, se constató una reducción significativa del dolor y mejora en la marcha, completando la mayoría de las sesiones de rehabilitación.

DISCUSIÓN

Debido a que aproximadamente 42% de los pacientes no pueden caminar tras la AG, esta técnica se considera de último recurso. Pero, en este caso, resultó ser un procedimiento efectivo, reduciendo el dolor y la alteración de la marcha de la paciente. Esto contradice los resultados expuestos en la literatura, y abre puertas a investigaciones futuras acerca de la utilización de esta técnica quirúrgica (siempre asociada a kinesioterapia) como opción de tratamiento en pacientes con defectos acetabulares severos, en los que una artroplastia total de cadera no es factible considerando que la población chilena está envejeciendo y la oportunidad de artroplastia de cadera es limitada.

CONCLUSIÓN

Aunque la literatura sugiere que la AG debe ser una medida de último recurso por sus complicaciones, el caso presentado desafía esta percepción. La reducción del dolor y la mejora en la marcha sugieren que, en ciertos contextos, esta técnica quirúrgica podría ser beneficiosa, especialmente si se acompaña de una kinesioterapia adecuada.

PALABRAS CLAVES

Arthroplasty, Hip, Traumatology, Orthopedic Procedures

BARTONELOSIS ATÍPICA COMPLICADA CON OSTEOMIELITIS MULTIFOCAL EN PEDIATRÍA.

Autores y Tutores: Espinoza Torres Martín Ignacio¹, Hunfan Cortés Paola Valentina¹, Castiglioni del Río Enzo¹, Figueroa Jara Isadora Rocío¹, Herrera Muñoz Guillermo Javier¹, Caldentey Marticorena Vicente Javier¹, Estrada Flores Valeria Antonia².

- 1. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
- 2. Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

La bartonelosis o “enfermedad por arañazo de gato” (EAG) es una zoonosis frecuente producida el microorganismo *Bartonella henselae*. Corresponde a la causa bacteriana más frecuente de fiebre de origen desconocido en población pediátrica en Chile y la inoculación ocurre usualmente luego del contacto con gatos o pulgas infectados. Su cuadro clínico clásico se caracteriza por fiebre y adenopatías regionales. La EAG clásica suele ser autolimitada, pero su forma atípica puede producir morbilidad significativa en un 5-10% de los casos por lo que es de vital importancia la búsqueda de signos de compromiso sistémico en esta enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 7 años, sin antecedentes, ingresó al Servicio de Urgencia (SU) del Hospital Clínico de la Universidad Católica por cuadro de 6 días de evolución caracterizado por fiebre hasta 39°C, mialgias y dolor articular inespecífico a la movilización en brazo y pierna derechas, asociado a aumento de volumen cervical izquierdo. Se rescató en la anamnesis antecedente de contacto reciente con gatos. Ecografía de ingreso describió adenitis cervical reactiva izquierda y microabscesos esplénicos, por lo que se inició tratamiento antibiótico empírico por sospecha de Bartonelosis. A las 48 horas la paciente evoluciona con mayor dolor en extremidad superior derecha y persistencia de fiebre, por lo que reconsultaron al SU. En exámenes de laboratorio destaca Velocidad de Hemosedimentación (VHS) de 74 mg/dL y niveles de IgG B. *henselae* (+) con títulos de 1:1024. Se hospitalizó para estudio con cintigrafía ósea y RM de hombro derecho y pelvis con contraste que confirmaron sospecha de osteomielitis aguda multifocal de escápula derecha e isquion izquierdo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Hemos destacado la importancia de considerar el compromiso óseo cuando el paciente presenta dolor persistente que no mejora luego del tratamiento antibiótico de primera línea. Si no se dispone del recurso imagenológico puede verse dificultado el diagnóstico ante la ausencia de signos precoces de osteomielitis en radiografía convencional. Esto podría explicar la escasez de evidencia acerca del compromiso óseo en pacientes con bartonelosis atípica, puesto que es una complicación poco frecuente a diferencia de la afectación hepato-esplénica que está ampliamente descrita.

PALABRAS CLAVES

bartonella henselae, cat-scratch disease, osteomyelitis

CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO INFLAMATORIO DE DIFÍCIL MANEJO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Torres Díaz Katalina Andrea¹, González Yáñez Ángela Margarita¹, Manríquez Flores Macarena Alejandra¹, García Aránguiz Catalina Ignacia¹, Salviat Coronado Diego Franco², Ortiz De Rozas Galvan Sebastian Gabriel³, Saldivia Guevara Felipe Elías⁴.

1. **Medicina, Universidad de O'Higgins**
2. **Medicina, Universidad Diego Portales**
3. **Medicina, Universidad San Sebastián**
4. **Becado de Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile**

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de mama (CM) es un problema de salud de gran relevancia, representando el segundo tumor maligno más frecuente a nivel mundial y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de nuestro país. Su clasificación inmunohistoquímica se realiza según la presencia de receptores de estrógeno, progesterona y proteína HER2 en las células cancerígenas, siendo el CM triple negativo aquel que no cuenta con ninguno de ellos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 31 años, quien consulta por un cuadro de seis meses de evolución caracterizado por aumento de volumen y mastalgia en la mama izquierda que inicia tras suspensión de lactancia, realizándose ecografía mamaria que evidencia nódulos sólidos, quistes y posible fibroadenoma, informada como BIRADS 3. Al examen físico destaca nódulo mamario de 8x5 cm, asociado a edema y eritema. Se deja tratamiento sintomático por sospecha de mastitis, sin embargo, cuadro clínico progresa y se lleva a cabo mamografía determinada como BIRADS 0. Posteriormente, estudio con biopsia constata carcinoma ductal infiltrante con receptores de estrógenos y Her2 negativos, progesterona 10%, Ki67 60%. En estudios de estadificación, se visualiza nódulo en cuadrante superior externo de mama derecha y tres adenopatías infiltrativas en axila izquierda, sin otros hallazgos. Se realiza manejo con múltiples sesiones de quimioterapia, manteniendo evolución desfavorable, realizándose nuevo PET CT que reporta extensión local.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Un aspecto importante a analizar es lo tardío del diagnóstico e inicio del tratamiento adecuado, influido por diferentes factores, entre ellos: tiempo de espera para consultar por parte de la paciente, en contexto de lactancia materna (LM) que pudo enmascarar la sintomatología; una ecografía mamaria BIRADS 3, sumado a una clínica compatible con mastitis, determinando un retraso en la detección. Estos elementos invitan a enfatizar en la detección precoz del CM, incluso durante LM, debido a que el factor protector que otorga no es inmediato. Asimismo, insta a educar tanto a profesionales de salud como a pacientes, sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma de CM, obligando a descartar y buscar activamente la presencia de malignidad, particularmente en mujeres jóvenes cuyo curso suele ser más agresivo.

PALABRAS CLAVES

Breast neoplasm, triple negative breast neoplasm, mastitis, mastalgia.

CÁNCER ENDOMETRIAL EN ADOLESCENTE. PRESENTACIÓN CLÁSICA EN POBLACIÓN ATÍPICA.

Autores y Tutores: Torres Díaz Katalina Andrea¹, González Yáñez Ángela Margarita¹, Lagos Fernández Gabriela Paz², Strange Quintana Javiera Fernanda², Sotillo Partipilo Carlina Beatriz³.

- 1. Medicina, Universidad de O'Higgins**
- 2. Medicina, Universidad Diego Portales**
- 3. Especialista en Obstetricia y Ginecología**

INTRODUCCIÓN:

El cáncer endometrial (CE) es la neoplasia maligna ginecológica más frecuente. El síntoma principal es el sangrado uterino anormal (SUA), especialmente en postmenopáusicas (80%), presentándose menos de 5% en menores de 40 años. Se presenta caso de SUA en adolescente, donde el alto índice de sospecha logra manejo y diagnóstico precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina, 18 años, nuligesta, menarquia reciente, sin inicio sexual ni método anticonceptivo, con genitorragia rutilante hace dos meses. Ecografía ginecológica evidencia engrosamiento endometrial homogéneo (14.8mm), vascularización score 2 y signos de síndrome de ovario poliquístico. Se coloca dispositivo intrauterino y se realiza biopsia endometrial: Adenocarcinoma endometrial tipo endometroide moderadamente diferenciado G2. Expresión nuclear intacta de proteínas MMR. RE y RP con patrón nuclear intenso en el 90% celular. P53 patrón mutado. Resonancia magnética pélvica sin diseminación local. Se inicia tratamiento hormonal, pero por P53 mutado y entendimiento insuficiente para seguimiento adecuado, se decide operación de Wertheim-Meigs.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La incidencia de CE ha aumentado por mayor exposición a factores de riesgo predisponentes como edad avanzada, obesidad, nuliparidad, anovulación crónica, entre otras. A pesar de ello, la literatura sólo asocia esta entidad a mujeres postmenopáusicas, por lo que al enfrentarnos a un SUA en adolescentes el CE se descarta rápidamente por razones epidemiológicas, lo cual como vemos, pone en riesgo la vida y fertilidad de aquellas mujeres. El caso descrito demuestra la importancia de concretar estudios etiológicos para identificar el origen del SUA y mantener alto índice de sospecha de CE cuando presenta clínica sugerente, aunque no sea en grupo etario clásico.

PALABRAS CLAVES

Hemorragia Uterina, Histerectomía, Neoplasias endometriales

Cáncer neuroendocrino de apéndice cecal, sintomático. A propósito de un caso.

Autores y Tutores: Mora León Francisco Elías¹, González Solís Tomas Ignacio¹, Valdés Arroyo Ignacio Alberto¹, Máximo Ossa Jorge Ignacio¹, Urzúa Canales Camila Valentina¹, Gómez Celis Ignacio Alejandro¹, Noriel Valdés Marisol Alejandra².

- 1. Medicina, Universidad San Sebastián**
- 2. Cirujana general**

INTRODUCCIÓN:

Los tumores originados en el apéndice cecal son poco frecuentes, representan cerca del 0,5% de todas las neoplasias gastrointestinales con una incidencia de 1 en 100.000 casos. Dentro de estas, el cáncer neuroendocrino (CN) abarca aproximadamente el 19% del total, siendo más prevalente en mujeres y con una edad media de 60 años al momento del diagnóstico. El CN apendicular no manifiesta síntomas. De presentarse, lo hace en el contexto de una apendicitis aguda, pero el diagnóstico es incidental y sólo se confirma con biopsia. El tratamiento es quirúrgico y depende del tipo histológico y compromiso a distancia desde apendicectomía hasta hemicolectomía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 56 años, con antecedente de arritmia en tratamiento, madre con cáncer de parótida, acude a policlínico por dolor abdominal de 4 meses de evolución, localizado en fosa iliaca derecha, tipo cólico, de intensidad creciente, insidioso. Trae exámenes: 1) colonoscopia completa que informa colon derecho y ostium apendicular con nodulaciones de aspecto submucoso, se toman biopsias que indican proliferación organoide neuroendocrina; 2) tomografía de abdomen y pelvis contrastada que informa apéndice cecal sin hallazgos. Se opta por apendicectomía laparoscópica electiva; informe de biopsia: neoplasia neuroendocrina apendicular difusa, transparietal, en contacto con peritoneo visceral y compromiso linfovascular. Dado contexto, se programa pabellón para hemicolectomía derecha, procedimiento sin incidentes. Durante el postoperatorio, evoluciona favorablemente, sin complicaciones y en condiciones de egreso con seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El CN apendicular tiene una incidencia aún no precisada, por ello, los datos al respecto son escasos lo que conlleva un problema tanto para el diagnóstico como el tratamiento. Se recomienda un manejo individualizado basado en las características del paciente y de la neoplasia. Este caso resulta interesante porque representa un desafío diagnóstico, no de la apendicitis aguda propiamente tal, sino de su etiología subyacente que escapa a lo más frecuente como lo son los fecalitos o hiperplasia folicular. Queda en evidencia la importancia del trabajo multidisciplinario, pues el rol del anatomopatólogo resultó crucial para ampliar el estudio y proporcionar un tratamiento rápido y oportuno.

PALABRAS CLAVES

Cáncer neuroendocrino, apéndice cecal, tumor apendicular, neoplasia neuroendocrina apendicular difusa.

CÁNCER TESTICULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ORQUIEPIDIDIMITIS EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN.

Autores y Tutores: Grandón Campos Jacques Ives¹, Muñoz Rifo Yonatan Alonso¹, Muñoz Bobadilla Javiera Isadora¹, Palacios Gouet Camila Antonia¹, Muñoz Chamorro Camilla Paz¹, Riquelme Ortiz Camila Noemi¹, Lobos Fredes Rodrigo Andres².

- 1. Interno medicina, Universidad de Concepción**
- 2. Residente de Urología**

INTRODUCCIÓN:

Estudios sugieren una incidencia aumentada de anomalías urológicas en individuos con síndrome de Down, estas incluyen hipospadias, criptorquidia, cáncer testicular y malformaciones renales. El cáncer testicular es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes y debe ser sospechado en todo hombre con una masa testicular sólida indolora, otras manifestaciones incluyen pesadez en el abdomen bajo, ginecomastia o síntomas secundarios a metástasis. Pese a su alta prevalencia, se asocia a buen pronóstico. Aproximadamente el 50% de los pacientes se curan solo con orquiectomía, mientras que la otra mitad requerirá quimioterapia o radioterapia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 41 años, con antecedentes de Síndrome de Down e hipotiroidismo consulta por aumento de volumen doloroso en testículo izquierdo, manejándose como orquiepididimitis con mala evolución. Consulta en urgencias donde se realiza ecografía que no descarta malignidad, se hospitaliza y ajusta terapia antibiótica. Marcadores tumorales: Lactato deshidrogenasa: 748 UI/l, Alfafetoproteína 1934.9 ng/ml, Gonadotropina coriónica humana subunidad beta >200.000 mUI/ml Urografía por tomografía computarizada (TAC) muestra masa retroperitoneal. Se realiza orquiectomía radical más prótesis, la biopsia muestra tumor mixto coriocarcinoma (85%) y carcinoma embrionario (15%). TAC de tórax al alta evidencia diseminación torácica y cervical múltiple.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es importante considerar las distintas formas de presentación del cáncer testicular, especialmente en un grupo de riesgo como lo son los pacientes con síndrome de Down. Una anamnesis y examen físico exhaustivos, junto a un alto índice de sospecha pese a una clínica sugerente de orquiepididimitis permiten un diagnóstico precoz y un mejor pronóstico.

PALABRAS CLAVES

Cáncer testicular, Orquiepididimitis, Síndrome de Down

“CANDIDEMIA EN PACIENTE CRÍTICO: CATETER VENOSO CENTRAL, ANTIBIÓTICOS Y ESTANCIA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS.”

Autores y Tutores: Gonzalez Placencia Manuel Ignacio¹, Fernández Mena Carolina Victoria¹, Orellana Fernández Nicolas Matías¹, Fuentes Banz Carlos Alejandro¹, Labra Fianza Santiago Nicolas², Muñoz San Martín Bastián Alexander Eugenio³.

1. **Interno de medicina, Universidad Andrés Bello sede Concepción**
2. **Interno de medicina, Universidad de Concepción.**
3. **Médico Cirujano, EDF SS Antofagasta, Egresado de la Universidad de Concepción.**

INTRODUCCIÓN:

La candidemia por *Candida glabrata* es una infección invasiva con alta mortalidad, particularmente en pacientes críticos expuestos a factores de riesgo como catéteres venosos centrales (CVC), terapias antibióticas extensivas y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos (UCI). Este caso clínico destaca la importancia de un manejo integral y multidisciplinario en la prevención y tratamiento de infecciones fúngicas en pacientes críticamente enfermos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 61 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica estadio 3b y fibrilación auricular. Fue admitida inicialmente por apendicitis aguda complicada con sepsis abdominal, requiriendo ingreso a UCI. Durante su estancia en UCI, se le insertó un CVC durante 10 días y recibió terapia empírica combinada Ceftriaxona y Metronidazol por 10 días. Fue dada de alta el 9 de febrero de 2024, pero reingresó tres días después con fiebre alta, mialgias y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. El 14 de febrero, se diagnosticó candidemia por *Candida glabrata* mediante hemocultivos positivos. Se inició tratamiento antifúngico con anidulafungina y, debido a la persistencia del cuadro, se cambió tratamiento a fluconazol. El plan terapéutico incluyó tratamiento antifúngico prolongado por 68 días, con dos semanas adicionales de fluconazol post-alta, con positiva respuesta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La estancia prolongada en UCI, el uso de CVC y la administración de antibióticos son factores predisponentes críticos para el desarrollo de candidemia en pacientes con comorbilidades significativas. Datos recientes indican que el 79% de los casos de candidemia ocurrieron en pacientes con antibióticos, el 74% CVC y el 71% estaban en UCI al momento del diagnóstico. *Candida glabrata*, un patógeno con resistencia intrínseca a múltiples antifúngicos, requiere un abordaje terapéutico agresivo. En este caso, el manejo antifúngico prolongado y el monitoreo estricto de hemocultivos fueron esenciales para la resolución de la infección.

Este caso subraya la necesidad de estrategias preventivas y terapéuticas basadas en un enfoque multidisciplinario en pacientes críticos. La identificación precoz y la intervención agresiva ante candidemia son fundamentales para reducir la mortalidad y complicaciones asociadas en un entorno de alta complejidad clínica.

PALABRAS CLAVES

Candidemia, *Candida glabrata*, Anidulafungina, Fluconazol.

CAVERNOMA CON PRESENTACIÓN EN SITIO INUSUAL; A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Bastías Hernández Joaquín Andres¹, Muñoz Luna Valentin Ignacio¹, Rojas Acevedo Catalina Milena¹, Latorre Medina Catalina Javiera¹, Kürten Salazar Paula Sofia¹, Valenzuela Gambin Joaquín Leonardo¹, Aravena Gallegos Pablo Cristobal².

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

Los cavernomas se definen como malformaciones vasculares, de tipo hamartomatosas, bien delimitadas, constituidas por espacios vasculares sinusoidales. Se caracterizan por ser frecuentemente asintomáticos, sin predilección por sexo, debutando principalmente entre los 20 y 50 años con hemorragia del sistema nervioso central.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta paciente de 64 años, con antecedente de cavernomatosis cerebral previa operada en 1994 y otro episodio tratada mediante radiocirugía en 2012. En febrero del 2018 inicia con parestesia y paraparesia (compromiso simétrico). Sin antecedente de trauma, sin compromiso de conciencia o focalidad neurológica. Al ser examinado se confirmó paraparesia M3 en EID y M4- en EID. A nivel sensitivo T7. Exámenes de laboratorio sin anomalías. RM de columna evaluada por radiólogos confirma cavernoma medular a nivel torácico (T5-T7). En respuesta a la negativa del paciente ante la operación se le indica reposo relativo, kinesiterapia y se programan sesiones en cámara hiperbárica. Sin embargo, deben ser canceladas por presencia de convulsión durante sesión del paciente.

Actualmente se encuentra con kinesiterapia. No presenta dolor. Sin mejoría motora. Refiere leves mejoras como la recuperación de su control de esfínter y sensibilidad cutánea.

DISCUSIÓN

Los cavernomas espinales son lesiones poco comunes, con una frecuencia de 0,1-2%. La presentación clínica usual es el síndrome medular, con una evolución lenta y progresiva, tal como lo evidenciado en el caso expuesto. La sintomatología habitual es la presentación de un déficit sensitivo motor focal progresivo, el cual se asocia frecuentemente a dolor radicular, siendo esto último contrastado con el reporte de caso.

Los cavernomas progresivos y sintomáticos son candidatos a manejo quirúrgico mediante electrocoagulación, embolización prequirúrgica y posterior extirpación. Reportes de caso describen mejoría del déficit motor tras ocho meses de seguimiento. El tratamiento conservador, centrado en la neurorrehabilitación, describe leves mejorías y puede ser una alternativa en pacientes con lesiones no hemorrágicas o asintomáticas.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una patología poco frecuente, se considera un tópico relevante, el cual se debería tener en consideración como diagnóstico diferencial en la práctica clínica, especialmente en pacientes con antecedentes personales o familiares que pudieran llevar a sospechar de esta afección.

PALABRAS CLAVES

cavernous angioma, paresthesia, convulsion.

CAVERNOMATOSIS PORTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Fernández Venegas Valeria Paz¹, Sotelo Quintanilla Charlotte Giselle¹, Jaramillo López Camila Andrea¹, Galvez Vidal Mario Giovanni².

1. **Medicina, Universidad Diego Portales**
2. **Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La trombosis venosa portal se puede diagnosticar en fase aguda o más frecuentemente en fase crónica, también conocida como cavernomatosis portal. Se asocia en 2/3 de los casos a cirrosis o neoplasias hepáticas. Los síntomas de la cavernomatosis portal son derivados del síndrome de hipertensión portal, y a veces se puede diagnosticar al desarrollar una complicación de esta como ascitis o hemorragia digestiva alta por varices esofágicas. El tratamiento se basa en el inicio de anticoagulación y evitar la rotura de varices.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 84 años, con antecedente de HTA, DM2NIR, DHC, OH crónico, es traído por familiar a Servicio de Urgencias HDFRZ por cuadro de 1 semana de anorexia, epigastralgia irradiada en faja, EVA 7/10, tipo cólico, asociado a vómitos, constipación, desorientación y agresividad. Desde hace 1 mes con baja de peso no cuantificada. Al examen físico con ictericia, abdomen sensible en epigastrio, sin irritación peritoneal. Laboratorio con parámetros inflamatorios elevados, patrón colestásico, Bili total 17.7 de predominio directa, enzimas pancreáticas y transaminasas normales. Trae RNM abdomen realizada hace 1 semana donde destaca líquido libre intraperitoneal a nivel perihepático, periesplénico, sugerente de hipertensión portal. Vena porta con signos de trombosis desde la confluencia venosa espleno-mesentérico portal, comprometiendo vena porta derecha e izquierda asociado a mínima circulación colateral con el hilio hepático compatible con cavernomatosis.

Paciente comienza con episodios de apnea, llene capilar prolongado, frialdad distal, soporoso, pulsos distales ausentes, por lo que se maneja en REA con ATB empírico + volemicización + DVA + oxigenoterapia, con respuesta parcial, manteniendo llene capilar en 3-4 segundos, taquicardia 115, vigil, desorientado. Se indica hospitalización, sin embargo familiares deciden alta voluntaria con manejo paliativo ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La cavernomatosis portal corresponde a la trombosis portal en fase crónica, y debe sospecharse en todo paciente con signos clínicos de hipertensión portal e historia sugerente de daño hepático. Muchas veces su diagnóstico es tardío e incidental con imágenes, tal como se pudo ver en este caso, por lo que es importante considerar esta patología como una complicación más del daño hepático crónico, que aunque es poco frecuente, puede asociarse a complicaciones graves.

PALABRAS CLAVES

Hipertensión portal, Cavernomatosis, daño hepático crónico.

CELULITIS BILATERAL DE RODILLA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Murúa Plaza Renata Loreto¹, González Limidoro Javier Alonso¹, Ahumada Ortega Sergio Ignacio¹, Méndez Hidalgo Vanessa Soledad², Muñoz Escobar Vicente Ignacio³.

- 1. Medicina, Universidad de los Andes**
- 2. Medicina, Universidad San Sebastián**
- 3. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La celulitis es una infección bacteriana que compromete piel y tejido subcutáneo. Se presenta con eritema, dolor y aumento de temperatura local. Habitualmente es unilateral y compromete extremidad inferior. A continuación, se presenta el caso de un paciente con celulitis de ambas rodillas, en contexto de un factor de riesgo ocupacional.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 26 años, miliar, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencia por cuadro de dos días de eritema y dolor de rodilla, inicialmente derecha, hace un día con compromiso bilateral. Además, aumento de volumen de rodilla derecha, progresivo, sin traumatismo. Refiere que actualmente está en curso militar, donde realiza ejercicios de arrastre sobre codos y rodillas en terrenos de tierra. Al examen físico, afebril, destaca eritema y aumento de temperatura bilateral más extenso a derecha; dolor a la movilización de rodilla derecha. Sin signos de trombosis venosa profunda. Dentro de sus exámenes, sin leucocitosis (9.000 cél/mm³), glicemia 108 mg/dl, proteína C reactiva 21 mg/L (valor normal hasta 5 mg/L). Se realiza radiografía de ambas rodillas, que evidencia derrame articular y edema de tejidos blandos prepatelares de lado derecho. Se realiza artrocentesis estudiando posible artritis séptica derecha, que descarta el diagnóstico: recuento leucocitario 0-2 por campo, eritrocitos 5-10 por campo, con 3,9 g/dl de proteínas y 327 mg/dl de glucosa. Se realiza diagnóstico de celulitis bilateral de rodilla y se inicia tratamiento con Cefazolina endovenosa, completando siete días, con buena evolución.

DISCUSIÓN

En cuadros de este tipo, con compromiso bilateral, no es habitual considerar una celulitis como diagnóstico más probable, sino otros diferenciales como insuficiencia venosa crónica, linfedema, etc. Sin embargo, este paciente presenta un antecedente particular, que es la exposición diaria a ejercicios en tierra, con repetitivos microtraumatismos cutáneos a nivel de ambas rodillas.

CONCLUSIÓN

Si bien este cuadro escapa a la presentación habitual de una celulitis, se debe tener en consideración en un paciente con este contexto. De ahí la importancia de buscar éste y otros factores de riesgo para poder sospechar a tiempo este diagnóstico y evitar complicaciones por un tratamiento tardío.

PALABRAS CLAVES

Celulitis, Infección, Extremidades Inferiores

CELULITIS ORBITARIA ASOCIADA A ABSCESOS ORBITARIOS BILATERALES EN LACTANTE DE TRES MESES. UN HALLAZGO INFRECUENTE.

Autores y Tutores: Flores Mondaca Francisca Andrea¹, Rodríguez Meza Marta Catherine¹, Luengo Navarro Joaquín Tomás¹, Fernández Labra Emily Viviana¹, Gálvez Martínez Jorge Alejandro¹, Orostegui Aránguiz Carlos Francisco¹, Jiménez Olivares Camila Constanza².

- 1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule.**
- 2. Médico Oftalmólogo.**

INTRODUCCIÓN:

La celulitis orbitaria es una infección de los tejidos blandos postseptales orbitarios. Causada principalmente por extensión desde los senos paranasales (90%). Se manifiesta con: oftalmoplejía, proptosis, alteración de agudeza visual y reflejos pupilares. Puede asociarse a graves complicaciones, una infrecuente son los abscesos orbitarios (1%-2%). Se reporta caso de lactante con celulitis y abscesos orbitarios, evidenciando la relevancia del manejo oportuno en el pronóstico de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante masculino de 3 meses, sin antecedentes mórbidos. Presentó fiebre alta, rechazo alimentario, y edema periorbitario bilateral. Evaluación: Deshidratado, pálido, quemosis con edema y eritema palpebral bilateral, reflejos pupilares y fondo de ojo normales. Laboratorio: Elevación de parámetros inflamatorios; Punción lumbar: Meningitis bacteriana por *Staphylococcus Aureus* Meticilino-Resistente. Resonancia Nuclear Magnética órbitas: múltiples abscesos orbitarios bilaterales, cuatro de ellos > 5mm. Cambios inflamatorios sinusales. Inició antibioticoterapia con Cefotaxima y Ampicilina, que se ajustó a Vancomicina y Linezolid durante 21 días, tras lo cual evolucionó favorablemente y no ameritó drenaje quirúrgico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las enfermedades inflamatorias orbitarias son frecuentes en población pediátrica. En su abordaje resulta crucial diferenciar la celulitis preseptal de la orbitaria, basado principalmente en aspectos clínicos e imagenológicos, ya que esta última supone riesgo de complicaciones graves como pérdida visual, meningitis y abscesos. Es fundamental la sospecha precoz, y seguimiento multidisciplinario para instaurar tratamiento empírico contra los principales patógenos y evitar la progresión, elementos que en este caso, pese a cursar con raras complicaciones, permitieron una evolución favorable sin requerir medidas quirúrgicas.

PALABRAS CLAVES

Absceso orbitario, Celulitis orbitaria, Meningitis.

CISTOLITOTOMÍA PERCUTÁNEA POR RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PACIENTE CON CALLE LITIÁSICA URETRAL.

Autores y Tutores: Domínguez Zegers Paula¹, Ruiz Espinosa Tomás José¹, Gardeweg Páez Vicente Malaquías¹, Pumarino Lira Sofía Catalina¹, Aguirre Delaveau Juan Pablo¹, Catalán Ancic Gabriel Alejandro².

- 1. Medicina, Universidad del Desarrollo**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La uropatía obstructiva baja (UOB) corresponde a una obstrucción de la vía urinaria baja (vejiga, cuello vesical, próstata y uretra). Dentro de las etiologías, la más común en hombres es el crecimiento prostático benigno (CPB) y se manifiesta con síntomas urinarios bajos. Dentro de las complicaciones del CPB podemos encontrar infecciones urinarias, litiasis vesical y falla renal post renal (aguda y/o crónica). Como complicación aguda, encontramos la retención aguda de orina (RAO), que es una urgencia urológica común cuyo tratamiento consiste en evacuar la vía urinaria mediante cateterismo vesicouretral. A continuación, se presenta un caso de RAO por CPB con imposibilidad de cateterización por calle litiásica uretral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial y CPB usuario de sonda Foley. Consultó para cambio de sonda en atención primaria, no lográndose en primera instancia, por lo que se derivó al servicio de urgencias. Evolucionó con dolor hipogástrico y ausencia de micción. El examen físico mostró globo vesical y orina por rebalse, además edema peneano relacionado a la palpación de abundantes cálculos en uretra peneana. Se estudió con tomografía computada no contrastada, que reveló múltiples cálculos en vejiga y uretra peneana, formando una calle litiásica. En el laboratorio destacó una creatinina de 2.36 mg/dL, sin valores previos. Se intentó realizar una cistostomía guiada con ecógrafo sin éxito por abundante panículo adiposo. Se intentó permeabilizar uretra mediante una uretrolitotomía endoscópica con láser, dificultosa por alta carga litiásica. Debido a esto, se decidió realizar una cistolitotomía percutánea donde se extrajeron los cálculos de la vejiga y de la uretra para instalar sonda Foley.

DISCUSIÓN

El objetivo inicial en la RAO es la evacuación de orina para prevenir complicaciones. En este caso, la imposibilidad de realizar una cateterización uretral ni una cistostomía requirió de una intervención quirúrgica mayor que es la cistolitotomía percutánea.

CONCLUSIÓN

La intervención quirúrgica oportuna resulta fundamental para el manejo eficaz de la RAO para prevenir complicaciones adicionales como la insuficiencia renal aguda o daño renal irreversible.

PALABRAS CLAVES

Acute urinary retention, Cystostomy, Endoscopic cystolithotomy, Urethral lithiasis.

COARTACIÓN AÓRTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Ernst Eccher Valentina¹, Jiménez Zenteno Carolina², Jiménez Zenteno Cristina Alejandra², González Solís Tomás Ignacio², Zelada Ramirez Patricia³.

- 1. Interno de Medicina, Universidad Mayor de Santiago**
- 2. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián de Santiago.**
- 3. Médico Pediatra**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Turner (ST) es una anomalía cromosómica muy frecuente con una incidencia de 1 en 3000 niñas nacidas vivas. Su etiología corresponde a una monosomía completa de un cromosoma X o deleción parcial del brazo corto. Las manifestaciones clínicas principales son retraso del crecimiento e infertilidad, sin embargo, afecta a múltiples órganos. Presenta una fuerte asociación con malformaciones cardiovasculares, siendo esta la principal causa de mortalidad precoz en esta enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante de 2 meses con antecedentes de prematuridad (35 semanas), pequeña para la edad gestacional, ST, hernia de Morgagni, riñón en herradura, clitoromegalia, síndrome colestásico y desnutrición. Durante el período prenatal fue diagnosticada con coartación aórtica (CoAo) crítica que requirió reparación quirúrgica mediante aortoplastia con parche pericardio-autólogo más cierre y ligadura ductal a las pocas semanas de vida. Posteriormente, en el postoperatorio inmediato evoluciona con hipertensión arterial manejado exitosamente con antihipertensivos. En la radiografía de tórax se observa atelectasia izquierda extensa y persistente; por lo que se solicita estudio con angio-TAC de tórax que informa compresión extrínseca pulmonar por estructuras de la aorta descendente y ligamento ductal. Reingresa a pabellón para pexia aórtica más resección del ligamento ductal, cirugía que finaliza sin incidentes. Completa el postoperatorio favorablemente sin requerimientos de oxígeno suplementario ni drogas vasoactivas. Ecocardiograma de control: sin hallazgos patológicos. Recibe alta médica con indicación de tratamiento farmacológico con diuréticos y captopril a permanencia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es frecuente que el ST curse con malformaciones cardiovasculares, sobre todo CoAo. Se describe una incidencia de hasta el 50% de los casos. El diagnóstico precoz es fundamental para proporcionar tratamiento oportuno. Para ello, el control perinatal es clave. Las técnicas imagenológicas juegan un rol imprescindible para la detección, manejo y seguimiento de esta entidad. Un enfoque multidisciplinario es necesario para la resolución oportuna de este caso y para dirigir el futuro desarrollo en el ámbito socioemocional de aquellos con esta monosomía, pues la calidad de vida es un factor que no puede dejarse a la deriva.

PALABRAS CLAVES

Aortic Coarctation, Turner Syndrome, Cardiac Malformation, Malnutrition

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO SEVERA, REPORTE DE CASO.

Autores y Tutores: Leal Aburto Alejandra Valentina Lisseth¹, Arancibia Meriño Claudia Paola¹, Manriquez Ulloa Constanza Valentina¹, Pinilla Peña Carolina Andrea².

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Médico Cirujano especialista en Obstetricia y Ginecología**

INTRODUCCIÓN:

La colestasis intrahepática del embarazo (CIE) es una patología caracterizada por prurito de predominio palmo plantar y elevación de las concentraciones séricas de ácidos biliares (AB), que se desarrolla a finales del segundo y/o tercer trimestre. Se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro, líquido amniótico teñido con meconio, síndrome de dificultad respiratoria neonatal y muerte fetal intrauterina cuando es CIE severa determinada por $AB \geq 100$ micromol/L. No cuenta con un tratamiento eficaz, pero tiene utilidad el ácido ursodesoxicólico para disminuir la sintomatología y los parámetros bioquímicos, sin embargo, no reduce los resultados perinatales adversos. Además las pruebas de vigilancia fetal no predicen el riesgo de muerte fetal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 37 años, multípara de 1, antecedentes de parto prematuro a las 36 semanas por CIE, cursando embarazo de 33+2 semanas con diabetes gestacional con régimen, es derivada por cuadro de 3 semanas de evolución de prurito palmo plantar invalidante, AB en 63 micromol/L, registro basal no estresante reactivo con contracciones uterinas no percibidas por gestante. Se inicia maduración pulmonar y ácido ursodesoxicólico. Transcurridas 15 horas se controla nivel de AB séricos, valor en 124 micromol/L. Por CIE severa se realiza cesárea de urgencia, procedimiento sin complicaciones, evolución favorable, indicando alta al cuarto día.

DISCUSIÓN

La CIE se asocia a resultados fetales adversos y el riesgo de ellos se correlaciona con los niveles de AB. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda la interrupción del embarazo a las 36 semanas cuando los niveles de AB son ≥ 100 mmol/L y entre las 36 y 39 semanas para los niveles de AB < 100 mmol/L. En el presente caso dado el valor de ácidos biliares en 124 micromol/L, asociado a una duplicación del valor en menos de 24 horas y la dificultad de asegurar el bienestar fetal, se decidió la interrupción de urgencia del embarazo.

CONCLUSIÓN

La CIE severa incrementa el riesgo de complicaciones fetales graves, como la muerte intrauterina, justificando en este caso la interrupción de urgencia del embarazo, evitando de esta manera un desenlace desfavorable para el feto.

PALABRAS CLAVES

Cholestasis, Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy, Perinatal Death, Pregnancy Complications

CONSIDERACIONES Y MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE HIPERGAMMAGLOBULINEMIA E

Autores y Tutores: Cepeda Durán Camila Belén¹, Castillo Caniulao Marco Francisco Alejandro¹, Mena Pinilla Benjamín Esteban¹, Montalbán Gutiérrez Leonardo Ángel Diego¹, Cifuentes Gonzalez Benjamin Ignacio¹, Huenchullan Aguilera Nicolás².

1. Medicina, Universidad Mayor sede Temuco
2. Médico cirujano

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de hipergammaglobulinemia E (HIES) es una inmunodeficiencia primaria hereditaria basada en mutaciones sujetas a los linfocitos Th17, encargados de regular los procesos proinflamatorios. Estas mutaciones provocan un cambio de clase de la Ig en los linfocitos B, aumentando la producción IgE. Aunque los pacientes presentan elevados niveles de IgE estos son disfuncionales e inefectivos combatiendo infecciones. Debido a que es una inmunodeficiencia se debe tener consideración en el manejo de infecciones respiratorias de estos pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 25 años con antecedentes de HIES diagnosticada a los 13 años, y neumonía adquirida en la comunidad de dos semanas de evolución, tratada sin éxito con amoxicilina/clavulánico. Consulta nuevamente en el SUA por reagudización del cuadro clínico, aumentando disnea y desaturando significativamente, se solicita TAC que presenta bronquiectasias bilaterales y bulas apicales prominentes en el pulmón derecho, con signos de sobreinfección. El manejo incluyó oxigenoterapia, uso continuado de broncodilatadores, monitoreo invasivo, kinesioterapia y tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y levofloxacino. Los resultados del cultivo y tinción gram salieron positivos para *Staphylococcus hominis* sensible a cloxacilina asociado a un PCR influenza A positivo, con lo cual se redirigió la terapia a cloxacilina + oseltamivir.

DISCUSIÓN

El HIES es una inmunodeficiencia que predispone a infecciones recurrentes, especialmente en piel y pulmones. La terapia antibiótica empírica debe ser de amplio espectro, ajustándose luego según el resultado de los cultivos. Es crucial mantener un tratamiento profiláctico antiestafilocócico tras resolver el cuadro infeccioso. Las bronquiectasias y neumonías recurrentes debilitan las paredes alveolares, generando bullas visibles en el TAC. Durante la kinesioterapia, es esencial evitar técnicas que aumenten la presión intrapulmonar para prevenir la ruptura de bullas y el posterior desarrollo de neumotórax a tensión. El uso de inmunoglobulina subcutánea mejora la respuesta inmune al ayudar a compensar la deficiencia inmunológica y reducir la frecuencia de infecciones.

CONCLUSIÓN

En pacientes con HIES es crucial el uso de antibióticos de amplio espectro debido a su susceptibilidad de infecciones recurrentes. El enfoque multidisciplinario es esencial para un manejo efectivo, incluyendo kinesioterapia, apoyo psicológico y seguimiento regular para controlar los cuadros recurrentes y ajustar tratamiento.

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Hipergammaglobulinemia E, Inmunodeficiencia, Bronquiectasias, Infecciones recurrentes, Neumonía

CORIOAMNIONITIS COMO EVENTO DESENCADENANTE DE PARTO PREMATURO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Figueroa Torres Crystal Keila¹, Manriquez Ulloa Constanza Valentina¹, Leal Aburto Alejandra Valentina Lisseth¹, Rudolph Miño Gabriela Valentina¹, Poff Acuña Robert Benjamin¹, Zúñiga Gutiérrez María Constanza².

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Médico Cirujano especialista en Obstetricia y Ginecología**

INTRODUCCIÓN:

La corioamnionitis es la infección del líquido amniótico y las membranas ovulares. El 96 % de los casos se debe a infecciones ascendentes. Es un factor causal de rotura prematura de membranas y parto prematuro. La incidencia varía entre 8 y 12 mujeres cada 1000 nacidos vivos. Clínicamente se caracteriza por fiebre, dinámica uterina, dolor abdominal, flujo genital de mal olor, taquicardia fetal o materna y leucocitosis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta caso de paciente de 27 años, múltipara de 1, con diabetes gestacional, cursando embarazo de 31+1 semanas que consulta en urgencias por dolor abdominal, presenta antecedente de tratamiento reciente de bacteriuria asintomática. Se realiza examen obstétrico destacando dinámica uterina (DU) de moderada intensidad asociada a modificaciones cervicales. Se inicia maduración pulmonar, tocolisis y se ingresa a parto donde evoluciona febril, con cese parcial de la DU, en exámenes de laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios. Se intenta amniocentesis, sin embargo, resulta frustra. Posteriormente presenta rotura de membranas asociado a taquicardia fetal y materna, por sospecha de corioamnionitis se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y se indica cesárea de urgencia, procedimiento sin complicaciones, destaca líquido amniótico citrino y placenta con mal olor. Paciente en puerperio evoluciona favorablemente. Se determina alta médica al 4to día con tratamiento antibiótico oral para completar esquema total de 10 días.

DISCUSIÓN

El presente caso muestra la relación existente entre la corioamnionitis y la amenaza de parto prematuro, presentándose con los signos clásicos de esta patología, conduciendo a una cesárea de urgencia debido a las limitaciones de confirmación diagnóstica y por compromiso fetal. Además según las recomendaciones actuales el tratamiento estándar para reducir la sepsis neonatal es la administración intraparto de antibióticos que logren erradicar uno de los principales microorganismos implicados que es ureaplasma, siendo una buena combinación ceftriaxona, claritromicina y metronidazol, tal como se manejó en este caso.

CONCLUSIÓN

Se resalta la importancia de un diagnóstico temprano y manejo agresivo de la corioamnionitis para prevenir complicaciones maternas y neonatales.

PALABRAS CLAVES

Chorioamnionitis, Premature Birth, Premature Rupture of Fetal Membranes, Bacteriuria

CURSO DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB GENÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Gutiérrez Cifuentes Fernanda¹, Bunster Cravero Karina¹, Marchant Palavecino Javiera¹, Vásquez Marín Camila¹, Soto Flores Rodrigo¹, Nilo Teillery Francisca Macarena Alicia².

- 1. Medicina, Universidad Mayor sede Temuco**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una patología neurodegenerativa, causada por la acumulación anormal de proteínas mal plegadas (proteína priónica patológica) en el cerebro. Su incidencia anual es de 1-2 casos por millón de habitantes, y en Chile es más frecuente, con 3,5 casos por millón de habitantes. El 85% corresponde a la forma esporádica, 10% hereditaria y el 5% iatrogénica. Se presenta como síntomas cognitivos, cambios en la personalidad, movimientos involuntarios, dificultad para hablar y tragar, siendo de rápido avance con desenlace fatal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 51 años con antecedentes de depresión y fibromialgia, es derivada desde servicio de atención primaria a neurología por cuadro de dos semanas de evolución de pérdida de memoria, movimientos corporales involuntarios y limitación funcional de actividades de la vida diaria. Cuenta con exámenes de laboratorio en rangos normales y TAC de cerebro sin lesiones. A la evaluación se recauda información sobre prima fallecida por Sd. Creutzfeldt-Jakob. Se decide estudio con RMN de cerebro que evidencia lesiones compatibles con una encefalopatía espongiiforme, por lo que es hospitalizada para estudio genético, el cual confirma el diagnóstico. Se indican cuidados de fin de vida en domicilio y manejo ambulatorio. Se hospitaliza nuevamente por neumonía aspirativa, evolucionando desfavorablemente, con desenlace fatal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La ECJ genética contribuye a menos del 15% de los casos de ECJ, con un patrón hereditario autosómico dominante. Su penetrancia varía según la mutación; algunas mutaciones tienen una penetrancia extremadamente baja y otras se acercan al 100%, lo cual explica sus diferentes presentaciones clínicas. Sin embargo, todas las causas tienen en común que cursan con una demencia rápidamente progresiva, y la muerte sucede en un periodo corto de tiempo posterior al inicio de los síntomas.

No existe ningún tratamiento efectivo que cure, estabilice o enlentezca el progreso de la enfermedad, por lo que el pronóstico es ominoso. La terapia consiste en alivio sintomático, cuidados paliativos e investigación al respecto.

PALABRAS CLAVES

Síndrome Creutzfeldt-Jakob, Encefalopatía Espongiiforme, Enfermedad de Priones

DERMATOMIOSITIS UNA MIOPATÍA INFLAMATORIA POCO FRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Bombín Figueroa Antonella Belén¹, Rodríguez Caballero Catalina Paz¹, León Arratia Fernando Alonso¹, Fuentes Benavides Valentina Paz¹, Cartagena Rubilar Matías Osvaldo².

- 1. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, sede Talca.**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

Las miopatías inflamatorias son un grupo heterogéneo de enfermedades inmunomediadas infrecuentes de etiología desconocida, conformado por polimiositis, dermatomiositis, miositis por cuerpos de inclusión y miositis necrotizante inmunomediada. Presentan debilidad muscular proximal simétrica e inflamación de los músculos esqueléticos. La dermatomiositis además presenta compromiso de piel. La incidencia es de 1 por cada 100.000 habitantes. El propósito de este caso es recalcar la clínica y el estudio de esta patología ya que forma parte del mayor grupo de miopatías adquiridas potencialmente tratables.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 70 años, sin antecedentes mórbidos, consultó tras presentar cuadro de 15 días de evolución caracterizado por dolor en extremidades proximales asociado a debilidad transitoria simétrica y compromiso del estado general.

Al examen físico destacó signo del chal, eritema en brazos y nódulos de Heberden. Se hospitalizó para estudio y manejo. Laboratorio: creatin quinasa (CK): 12591, proteína C reactiva 73.7. Panel miopatías: IgG anti Mi-2 Alfa 60 moderadamente positivo, IgG anti Mi-2 Beta 69 moderadamente positivo. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis: Nódulo en lóbulo tiroideo izquierdo. Electromiografía informó: alteración de actividad miopática generalizada con denervación activa. Examen negativo para polineuropatía de fibra gruesa. (Considerar dermatomiositis). Biopsia de piel y músculo informó: Piel con cambios leves e inespecíficos. Miositis crónica inespecífica leve.

Se inició esquema con corticoides, evolucionando de manera favorable con disminución de sintomatología de extremidades, recuperando funcionalidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El caso presentado muestra un cuadro clínico clásico de dermatomiositis, asociado a los altos niveles de CK e IgG anti Mi-2 que reafirman el diagnóstico de una miopatía inflamatoria. Es importante tener en cuenta el papel fundamental de la biopsia muscular, así como de los estudios electromiográficos en la confirmación del diagnóstico y en la exclusión de diagnósticos diferenciales.

Este caso destaca la relevancia de las miopatías inflamatorias en el diagnóstico del paciente que sufre debilidad muscular proximal y exantema. El manejo con corticoides demostró ser eficaz en la resolución de la sintomatología. Los pacientes con miopatías inflamatorias deben permanecer en seguimiento por la posibilidad de recaída y además para detectar cualquier tipo de neoplasia dado la asociación entre estas patologías.

PALABRAS CLAVES

Debilidad muscular, dermatomiositis, miopatías inflamatorias.

DESAFÍO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AORTITIS: CASO CLÍNICO.

Autores y Tutores: Kasztan Dueñas Bernardo Benjamín¹, Ramírez Cáceres Sofía Valeria¹, Soto Lagos Antonia Ignacia¹, Otero Román Andrés².

- 1. Medicina, Universidad de los Andes**
- 2. Cardiólogo**

INTRODUCCIÓN:

Aortitis se define como inflamación de la aorta por un proceso vasculítico, cuya etiología puede clasificarse en no infecciosa e infecciosa. Las causas más comunes son enfermedades autoinmunes (arteritis de células gigantes y arteritis de Takayasu). La aortitis infecciosa, aunque rara, puede ser potencialmente mortal. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas como dolor torácico y baja de peso, requiriendo un alto índice de sospecha para un diagnóstico temprano. Este trabajo pretende presentar un caso de aortitis y ejemplificar su estudio posterior.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 93 años, hipertensa, anémica, sufre una contusión reciente en la rodilla. Evoluciona con postración, fiebre, tos, orina turbia y desorientación. Niega dolor en el pecho, disnea, cefalea u otros síntomas. Se realiza estudio basado en la sospecha de infección donde los análisis destacan elevación de la proteína C-reactiva y orina inflamatoria. La tomografía computarizada (TC) de tórax, con contraste mostró leve derrame pleural izquierdo causando atelectasia pasiva del parénquima pulmonar adyacente y como hallazgo engrosamiento difuso e hiperdenso en la pared de la aorta, sugerente de aortitis abarcando desde la raíz aórtica, hasta la aorta descendente, sin signos de disección, trombosis ni extravasación de contraste. Se hospitaliza para estudio y se complementan exámenes resultando en factor reumatoideo bajo, ANA bajo, ENA bajo, troponinas normales y VDRL no reactivo. Finalmente se maneja cuadro respiratorio, la aortitis cede espontáneamente y se concluye causa idiopática.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La aortitis puede manifestarse con fiebre, dolor lumbar y pérdida de peso. Puede ser asintomática o hallarse incidentalmente. Las modalidades diagnósticas incluyen ultrasonido, ecocardiografía, TC, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones (PET). La TC es la primera opción para descartar enfermedades aórticas agudas y evaluar el engrosamiento mural. No existe gold estándar para el diagnóstico, pero la PET-CT presenta mayor exactitud diagnóstica permitiendo diagnosticar y hacer seguimiento por su capacidad de detectar actividad metabólica. En este caso, la aortitis fue un hallazgo incidental durante la evaluación de fiebre y tos. Se descartaron enfermedades autoinmunitarias y la causa se concluyó como aortitis idiopática. En conclusión, la aortitis es una condición rara pero seria, siendo fundamental mantener una alta sospecha y realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

PALABRAS CLAVES

Aortitis, Radiología, Diagnóstico Diferencial

DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS: UN RETO MULTIDISCIPLINARIO.

Autores y Tutores: Espinosa Wild Sebastian Pedro¹, Kovacevic Ibañez Drzislav Zvonimir¹, Castiglioni Enzo¹, Teuber Raimann Robert¹, Fernandez Thiers Sebastian Jose¹, Martínez Díaz Daniel Eduardo¹, Bezama Fuentes Ignacio².

- 1. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
- 2. Residente de Medicina Interna Pontificia Universidad Católica de Chile**

INTRODUCCIÓN:

La granulomatosis con poliangeítis (GPA), previamente conocida como granulomatosis de Wegener, es una vasculitis necrotizante que afecta vasos de pequeño a mediano calibre y se caracteriza por inflamación granulomatosa. La enfermedad puede involucrar múltiples órganos, siendo los más afectados el tracto respiratorio superior, pulmones y los riñones. La incidencia de GPA es baja, con una prevalencia aproximada de 1.3 casos por cada 100,000 habitantes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 72 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta por fiebre persistente de tres semanas de evolución asociado a debilidad generalizada, mialgias, artralgias, tos seca, disnea y baja de peso no cuantificada. El examen físico revela edema en extremidades inferiores bilateral, soplo cardíaco sistólico II/IV y artritis en múltiples articulaciones. Los exámenes iniciales mostraron leucocitosis (18.300mm³), trombocitosis leve (534.000mm³), VHS elevada (84mm/h) y hematuria microscópica. La imagenología reveló nódulos pulmonares múltiples. Ante la complejidad de los hallazgos, se plantean diagnósticos diferenciales como endocarditis bacteriana, tromboembolismo pulmonar, neumonía multifocal y otras enfermedades autoinmunes. Posteriormente se diagnostica la GPA ante positividad de las serologías ANCA C y PR3, iniciándose tratamiento con dexametasona y rituximab.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este caso expone los desafíos diagnósticos que presenta la GPA, subrayando la complejidad de lograr un diagnóstico preciso y precoz en el contexto de un cuadro clínico polimorfo que puede ser compartido por un amplio espectro de enfermedades. En este contexto, la combinación de fiebre persistente, compromiso pulmonar y renal, junto con la presencia de ANCA C y PR3 positivos, fueron claves para el diagnóstico de GPA, orientando hacia una estrategia terapéutica dirigida que incluye el uso de corticosteroides y anti-CD20. Otros fenómenos, como la presencia de embolias sépticas y sepsis oral crónica, sugieren una diseminación hematogena secundaria a la actividad inflamatoria sistémica característica de la GPA. Este enfoque ilustra la necesidad e importancia de la colaboración multidisciplinaria y del manejo personalizado en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de vasculitis como la GPA, mejorando notablemente la condición clínica y el pronóstico de la paciente.

PALABRAS CLAVES

Granulomatosis with Polyangiitis, Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibody-Associated Vasculitis, Diagnosis, Differential

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO UNA CAUSA INUSUAL DE ABDOMEN AGUDO.

Autores y Tutores: Viza Rojas Daniela Alejandra¹, Scarton Pérez Juan Manuel².

- 1. Interna de Medicina, Universidad Católica del Norte.**
- 2. Cirujano de Cabeza y Cuello y Maxilofacial**

INTRODUCCIÓN:

El divertículo de Meckel (DM) es el resultado de la oclusión incompleta del conducto vitelino, que lleva a la formación de un divertículo verdadero del intestino delgado. Aunque rara vez se manifiesta clínicamente, sus síntomas son variados e inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico mimetizando otras patologías abdominales, considerándose una causa rara de abdomen agudo (AA). Este trabajo destaca la importancia de mantener una alta sospecha clínica del DM como diagnóstico diferencial de AA.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 24 años consultó por dolor abdominal generalizado asociado a vómitos, diarrea y distensión abdominal de 12 horas de evolución. Se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis que mostró hallazgos compatibles con obstrucción intestinal. Se efectuó una laparoscopia exploradora convertida con resección de íleon y enteroanastomosis revelando dilatación de asas del intestino delgado con cambio de calibre en un DM. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta con seguimiento en policlínico.

DISCUSIÓN

El DM, con una incidencia del 2% es la malformación congénita gastrointestinal más común y generalmente asintomática. Su clínica deriva de sus complicaciones, que en adultos son principalmente la obstrucción intestinal y diverticulitis. Diagnosticar el DM como causa de AA es difícil por la inespecificidad sintomática y su capacidad de imitar otras patologías abdominales (apendicitis, colecistitis, entre otros). En este contexto, la TC es vital para proporcionar indicios diagnósticos. Sin embargo, dado que ni la clínica como la imagenología no son concluyentes, la laparoscopia exploradora se convierte en una herramienta valiosa que permite la confirmación diagnóstica e intervención terapéutica del DM.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la necesidad de considerar el DM en el diagnóstico diferencial del AA, especialmente en jóvenes adultos. Subraya la necesidad de mantener una alta sospecha clínica para facilitar el diagnóstico y mejorar los resultados en pacientes con presentaciones abdominales complejas.

PALABRAS CLAVES

Acute abdomen, Intestinal Obstruction, Meckel Diverticulum.

DOBLE ABORDAJE EN FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL SCHATZKER V, REPORTE DE UN CASO.

Autores y Tutores: Valenzuela San Román Jesús Antonio¹, Cifuentes Mondaca Israel Ignacio¹, Ortega Aravena Bastián Alexis¹, Perales Alfaro Cristian Esteban Antonio².

- 1. Medicina, Universidad de Talca**
- 2. Médico Cirujano, Becado Traumatología y Ortopedia**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de platillo tibial son definidas como fracturas periarticulares de la tibia proximal. Representan un 1-2% de todas las fracturas, con una incidencia de 10.3 por cada 100.000 personas anualmente. El diagnóstico se realiza mediante radiografía con posterior requerimiento de tomografía para planificación quirúrgica. Se describe que tiene una distribución bimodal, en hombres adultos jóvenes por traumas de alta energía y en mujeres adultas mayores por caídas de baja energía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 48 años con antecedente de fractura de pelvis derecha el 2023. Consultó en Urgencias posterior a atropello por camioneta, refiriendo que esta le pasó sobre su rodilla izquierda. Al examen físico se describe deformidad y crépitos en cara lateral de rodilla izquierda. Se realizó radiografía donde se observa fractura en platillo tibial izquierdo por lo que se realiza tomografía computada y resonancia magnética de rodilla izquierda sin signos de daño vascular. Se realizó fijación externa a espera de resolución definitiva por fractura de platillo tibial izquierdo Schatzker V.

Posteriormente se realizó reducción abierta en dos tiempos, el primer tiempo en decúbito prono y abordaje posteromedial de tibia proximal con reducción con placa bloqueada. En segundo tiempo en decúbito supino abordaje anterolateral de tibia, evidenciando rasgo de fractura con depresión central y posterolateral de platillo. Se logra elevar rasgo de fractura y se instala placa anterolateral de tibia proximal bloqueada. Paciente evolucionó favorablemente con posterior alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La clasificación de Schatzker modificada por Kfuri permite clasificar las fracturas de platillo tibial en 6 tipos, lo que ha permitido una orientación en la resolución quirúrgica definitiva. El manejo de las fracturas de platillo tibial en casos de alta energía es desafiante, donde un correcto estudio de los daños de partes blandas permite una adecuada planificación quirúrgica. En casos de fracturas bicondilares, como es el caso de la fractura Schatzker V, se sugiere un manejo con doble incisión y doble fijación con placa. La importancia de una correcta planificación quirúrgica en casos de fracturas complejas permite un resultado favorable postquirúrgico, permitiendo la evolución satisfactoria del paciente, más aún en casos de fracturas complejas por traumas de alta energía.

PALABRAS CLAVES

Fijadores externos, Fracturas de la Meseta Tibial Bicondileas, Reducción Abierta

DOLOR GENITOURINARIO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UNA DISECCIÓN AÓRTICA STANDFORD B, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Gatica Salas Tomás Eduardo¹, Flores Arrey Javiera Fernanda¹, Fernández Contreras Isidora Catalina¹, Rissetti Villalobos Joaquín Andrés².

- 1. Medicina, Universidad de Concepción**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La disección aórtica (DA) aguda es una emergencia con una mortalidad de 60% las primeras 24 horas. Se produce por un desgarro en la íntima que lleva al paso del flujo sanguíneo hacia una luz falsa, que puede propagarse por la aorta y comprometer vasos secundarios.

La clasificación más utilizada es la de Stanford, establece 2 tipos: A (compromete aorta ascendente) y B (no la compromete). Afecta típicamente a mayores de 60 años, especialmente hipertensos. Clínicamente lo más frecuente es el dolor torácico súbito, desgarrante, y migratorio. El examen de elección es el AngioTAC. Respecto al tratamiento, es fundamental el control de presión arterial y frecuencia cardíaca con betabloqueadores. El manejo en la DA tipo B es la reparación endovascular torácica (TEVAR) con endoprótesis, con menor mortalidad respecto a la técnica abierta.

A continuación se abordará un caso clínico con el objetivo de destacar formas de presentación atípica de esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 50 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica, hipertensión y epilepsia. Ingres a urgencias por cuadro súbito de dolor inguinal y pélvico izquierdo, intenso, que se irradia hacia superior. Al examen físico con hemiabdomen izquierdo doloroso, sin irritación peritoneal, presión arterial de 231/126 mmHg.

Se indica analgesia y PieloTAC, en el cual se pesquisa aorta abdominal dilatada, decidiéndose la toma inmediata de AngioTAC, evidenciando DA Standford B, con flap desde posterior a tronco braquiocefálico hasta ambas ilíacas comunes. Se hospitaliza para monitorización y manejo endovascular con implante de TEVAR vía femoral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Si bien el dolor genitourinario es una forma atípica de presentación, sólo un 50% de las DA presenta un cuadro clásico por lo que se debe sospechar frente a dolores de inicio súbito. El examen de elección es el Angiotac que identifica la ubicación y extensión de la lesión, permitiendo un diagnóstico y tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVES

Aorta, Disección Aórtica, Dolor Torácico, Urgencias Médicas.

EDEMA VULVAR GIGANTE EN MUJER EMBARAZADA, REPORTE DE CASO.

Autores y Tutores: González Yáñez Ángela Margarita¹, Millan Rojas Katerina Andrea¹, Rojas Quezada Julian Andrés¹, Rossel Moreno Lucas Redy¹, Negrete Hill Macarena².

- 1. Medicina, Universidad de O'Higgins**
- 2. Ginecóloga y Obstetra**

INTRODUCCIÓN:

En el embarazo ocurren cambios fisiológicos por alteración hormonal, uno de éstos es el edema vulvar. Éste, puede ser considerado patológico, entre sus causas se describe etiología traumática, infecciosa, inflamatoria o neoplásica. Su incidencia es difícil de estimar y su pronóstico depende de la causa desencadenante. La fisiopatología no está bien definida, pero existe la hipótesis de que los cambios de volumen-presión y tejido conectivo de la vulva hacen que esta área sea más propensa a sufrir edema. Se han descrito factores asociados con el embarazo: preeclampsia, diabetes, hipoproteinemia y anemia. Las pacientes requieren rápida intervención y vigilancia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 30 años, primigesta, antecedente de dieta hipoproteica, cursando embarazo de 30+5 semanas, consulta en urgencias por cuadro de dos meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen progresivo y asimétrico en genitales. Asociado a dolor y dificultad para deambular. Al ingreso, hemodinámicamente estable, afebril. Genitales con gran edema, predominio en labio mayor derecho, doloroso a la palpación. Se decide hospitalizar para estudio y manejo.

Durante la hospitalización, difícil manejo del dolor, no cede a crioterapia intermitente y analgesia. Se realiza estudio Pre eclampsia, que resulta negativo. Se solicitan proteínas totales 4.9 g/dL, transaminasas GOT 43 U/L y GGT 17 U/L. Se induce madurez pulmonar fetal por trabajo de parto prematuro, en vista de feto en posición podálica y progresión del cuadro, se decide interrupción por cesárea, sin incidentes. En puerperio, se mantiene con gran edema de genitales, doloroso al tacto. Dada evolución clínica insatisfactoria se procede a drenaje manual en sala de procedimientos. Se logra reducir en su mayoría, evolucionando en buenas condiciones generales, se decide alta hospitalaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las alteraciones hormonales durante el embarazo provocan edema vulvar fisiológico, sin embargo, puede ser considerado un evento patológico. Su tratamiento no se encuentra estandarizado, algunos autores reportan crioterapia, antiinflamatorios, diuréticos, albúmina o drenaje mecánico. Este caso evidencia la importancia del diagnóstico diferencial y la intervención oportuna, especialmente en presencia de factores como la hipoproteinemia.

PALABRAS CLAVES

Complicaciones del embarazo, Hipoproteinemia, Preeclampsia, Edema

EL CAMINO HACIA LA NECROSIS ANEXIAL: EL IMPACTO DE UN MIOMA Y UN DIU OLVIDADO.

Autores y Tutores: Henríquez Fernández Alejandra Andrea¹, Araya Vilca Mairis Paz², Barría Mella Nicolás Esteban³, Beltrán Bernal Karen Del Pilar⁴, Hernández Castro Daniela Beatriz⁴, Lorca Espinoza Cesar Edgardo⁵.

1. **Medicina. Universidad Católica del Norte, sede Coquimbo.**
2. **Medicina. Universidad de Talca.**
3. **Medicina. Universidad Autónoma de Chile, Sede Santiago**
4. **Medicina. Universidad de Chile**
5. **Médico Ginecólogo Obstetra.**

INTRODUCCIÓN:

Los miomas uterinos son tumores benignos del miometrio, con un 60% de prevalencia antes de los 40 años. Pueden causar síntomas como hipermenorrea y algia pélvica. Los dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre son métodos anticonceptivos efectivos pero pueden estar asociados con complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), que puede evolucionar a abscesos tubo-ováricos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años, múltipara, con DIU de cobre durante 15 años sin controles. Acude al Urgencias del Hospital de Ovalle por presentar hipermenorrea, dolor pélvico intenso, anemia moderada y pérdida de peso significativa en los últimos meses. En ecografía se observa: un útero aumentado de tamaño, heterogéneo y con bordes irregulares, y un mioma grande en pared posterior. En estudios adicionales se confirmó la presencia de un DIU tipo T in situ, y un absceso tubo-ovárico izquierdo, lo que llevó a la realización de una histerectomía total con anexectomía izquierda evidenciándose una necrosis del anexo.

DISCUSIÓN

El dolor en este caso se explica por un mioma uterino, que puede causar compresión en órganos vecinos. Los miomas, altamente vascularizados, pueden llevar a sangrado severo y anemia. La inserción de un DIU puede introducir bacterias al útero y alterar la microbiota vaginal, predisponiendo a infecciones y EIP. La EIP puede provocar inflamación severa, edema y daño endotelial en los anexos, resultando en bloqueo tubario e isquemia. Además, los miomas pueden sufrir fenómenos degenerativos como torsión y necrosis por alteración del suministro sanguíneo. La combinación de infecciones y isquemias favorece la formación de abscesos tubo-ováricos y necrosis anexial. Los síntomas y signos ecográficos también sugirieron un posible sarcoma uterino, una neoplasia rara y agresiva que requiere estudios adicionales para definir tratamiento y pronóstico.

CONCLUSIÓN

Condiciones como EIP y miomatosis pueden llevar a problemas graves como anemia, abscesos, necrosis y riesgos a largo plazo. Además, al sospechar de un sarcoma uterino, se requiere una evaluación exhaustiva. Es crucial abordar todas estas posibles condiciones para brindar un tratamiento integral que mejore la salud y calidad de vida de la paciente.

PALABRAS CLAVES

Gynecology, Leiomyoma, Pelvic Inflammatory Disease, Intrauterine Devices

EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIÓTICO CON TIROTOXICOSIS GESTACIONAL TRANSITORIA ASOCIADA A HIPEREMESIS GRAVÍDICA, REPORTE DE CASO.

Autores y Tutores: Rivera Rivera Alonso David¹, Pino Astorga Sebastián Ignacio¹, Poisson Contreras Monserrat¹, Díaz Romero Valentina Paz¹, Rojas Salamanca Francisco Ignacio².

- 1. Medicina, Universidad de Concepción**
- 2. Post – grado, Becado de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción**

INTRODUCCIÓN:

La Hiperemesis Gravídica (HG) es una forma severa de náuseas y vómitos en el embarazo, que provoca deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas. Afecta al 0,3 - 1,5% de los embarazos. Dos de cada tres pacientes además desarrollan Tirotoxicosis Gestacional Transitoria (TGT). Ambas se asocian a altas concentraciones de beta gonadotropina coriónica humana (b-hCG), fenómeno que se ha propuesto como mecanismo fisiopatológico relevante dentro de las mismas. Es importante una elevada sospecha diagnóstica frente a un presunto diagnóstico de HG, dado que es una patología de baja incidencia y muchas veces asociadas a condiciones de alto riesgo obstétrico tales como el embarazo múltiple y las diversas complicaciones que derivan de este.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Múltipara de uno (26 años), sin antecedentes relevantes, consultó por náuseas y vómitos severos de 2 semanas de evolución. Por sospecha de embarazo se tomó examen de b-hCG resultando > 200.000 mUI/ml. Se realizó ecografía transvaginal que confirmó embarazo gemelar (EG) bicorial - biamniótico de 8 + 4 semanas, junto con exámenes entre los que destacó un perfil tiroideo alterado (TSH 0.01 uIU/mL; T3 2.70 ng/mL; T4 2.62 ng/dL), planteándose como hipótesis diagnóstica HG con tirotoxicosis. Se hospitalizó para manejo con Piridoxina con Doxilamina y Metoclopramida, evolucionando favorablemente. Además fue evaluada por endocrinología, quienes sostuvieron que perfil tiroideo se encuentra dentro del contexto de una TGT e indicaron control con anticuerpos antitiroideos (TRAb). Finalmente fue dada de alta para continuar seguimiento ambulatorio en Alto Riesgo Obstétrico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La TGT no suele asociarse a complicaciones obstétricas y se resuelve espontáneamente, por lo que su manejo en la mayoría de las pacientes es expectante. Sin embargo, dentro del estudio de esta patología es crucial descartar otras enfermedades tales como tormenta tiroidea o enfermedad de Graves las cuales poseen consecuencias que van desde desórdenes cardiovasculares, neurológicos y metabólicos, hasta incluso bocio y oftalmopatía. La presencia de una TGT en un embarazo gemelar es una condición de cuidado, que requiere de un seguimiento estrecho para evitar complicaciones obstétricas asociadas a peor pronóstico materno - fetal tales como preeclampsia, parto prematuro o desprendimiento de placenta.

PALABRAS CLAVES

Embarazo gemelar, Hiperemesis gravídica, Tirotoxicosis

Embarazo molar completo, a propósito de un caso.

Autores y Tutores: Leal Aburto Alejandra Valentina Lisseth¹, Manríquez Ulloa Constanza Valentina¹, Rudolph Miño Gabriela Valentina¹, Echeverría Carrillo Nicole Estefany², Pfeiffer Espinoza Boris Marcial³.

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Medicina, Universidad Andrés Bello Concepción**
- 3. Médico Cirujano especialista en Obstetricia y Ginecología**

INTRODUCCIÓN:

La mola hidatiforme, que se clasifica en parcial o completa, es la forma más común de presentación de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, grupo de enfermedades que surgen de la proliferación anormal de los trofoblastos placentarios. Un factor de riesgo importante es la gestación tardía. Se puede sospechar por valores de beta gonadotropina coriónica humana (B-hCG) muy elevados. Su tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica de la mola y seguimiento de B-hCG hasta niveles indetectables por su alto riesgo de progresión a neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), en el caso de mola completa, el riesgo es de 15 a 20%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 36 años, múltipara de 2, cursando embarazo de 10 semanas, derivada desde Cesfam por ecografía no concordante con edad gestacional, ecografía transvaginal en urgencias: endometrio heterogéneo con imagen quística que podría corresponder a saco gestacional, con porción hiperecogénica de 10.8 mm y alrededor lesiones anecoicas. En exámenes de laboratorio destaca B-hCG en 66907. Se hospitaliza por sospecha de aborto retenido versus embarazo molar. Se decide legrado uterino aspirativo, procedimiento sin incidentes. Resultado de biopsia informa mola completa. Se realiza seguimiento ambulatorio de B-hCG, inicialmente curva en descenso, luego presenta nueva alza, por lo que, se decide estudio en busca de diseminación metastásica y se presenta caso a ginecología oncológica que recomienda histerectomía abdominal total más salpingectomía bilateral, procedimiento sin complicaciones, se envía muestra a biopsia, evolución postoperatorio favorable, se decide alta. Actualmente la paciente se mantiene en seguimiento de B-HCG con curva en descenso.

DISCUSIÓN

El embarazo molar es una patología infrecuente, lo que dificulta su sospecha clínica. Es importante considerarla como diagnóstico diferencial en casos como el presentado, paciente con gestación tardía asociado a excesiva elevación de b-HCG y hallazgos ecográficos sugerentes. Su tratamiento se basa en legrado uterino o histerectomía, siendo de elección la segunda en casos donde la paridad está cumplida y existe alto riesgo de malignidad.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia del seguimiento riguroso de los niveles de B-HCG para detectar y manejar oportunamente la persistencia de esta patología y disminuir el riesgo de NTG.

PALABRAS CLAVES

Gestational Trophoblastic Disease, Molar Pregnancy, Gestational Trophoblastic Neoplasia, Human Chorionic Gonadotropin

Encefalitis por anticuerpos anti receptor NMDA en contexto de teratoma Ovárico, reporte de caso

Autores y Tutores: Coloma Duran Lukas Alonso¹, Rojas Olave Francisca Javiera¹, Rademacher Navarrete Catalina Jesús¹, Vergara Heller Kamyla Jane¹, Fonseca Peña Rocio Paz², Gleisner Bestwick Josefa², Werlinger Stay Enrique Tomas³.

- 1. Medicina, Universidad San Sebastián**
- 2. Medicina, Universidad Andrés Bello**
- 3. Neurológico Adultos**

INTRODUCCIÓN:

La encefalitis corresponde a un proceso inflamatorio que compromete al tejido encefálico. Muchas son las causas, por lo que hacer el diagnóstico diferencial puede resultar dificultoso. Si bien las causas infecciosas son las más comunes, también debemos conocer las no infecciosas debido a su alta morbimortalidad asociada. Dentro de ellas encontramos las encefalitis autoinmunes, tales como encefalomiелitis aguda diseminada o encefalitis por anticuerpos anti receptor NMDA.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 35 años, con antecedente de teratoma ovárico derecho operado. Acude a servicio de urgencias por cuadro de lipotimia que evoluciona con convulsiones tónico-clónicas de dos minutos de duración aproximadamente, asociado a dolor abdominal moderado en fosa ilíaca derecha de dos semanas de evolución. Se realiza ecografía abdominal que evidencia teratoma de aproximadamente 12 x 18 cm en ovario derecho, sin otros hallazgos. Ingresa a servicio de Ginecología para extirpación. Durante su estadía presenta nueva crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, por lo que se decide ampliar estudio. Se realiza resonancia magnética de cerebro que resulta normal, además de punción lumbar con panel de encefalitis autoinmune positivo para anticuerpos anti NMDA-R. Se decide anexectomía bilateral con biopsia que informa “Ovario con tumor germinal, teratoma con componente neural maduro”. Se decide completar tratamiento con Inmunoglobulina y luego con rituximab. Evoluciona con regresión del cuadro clínico por el cual ingresó.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Entre las encefalitis de causa autoinmune, una de las más frecuentes es la asociada a anticuerpos antiNMDA. Están ubicados ampliamente en el Sistema Nervioso Central, se caracterizan por su activación frente al glutamato (principal neurotransmisor excitatorio), para así mantener la propagación del impulso nervioso y comunicación sináptica.

Está relacionada con tumores, sobre todo en mujeres en edad fértil, donde los teratomas cobran gran relevancia. La clínica es variada, desde cefaleas que pueden progresar tempranamente a alteraciones conductuales y psicosis, alteración del sueño y crisis epilépticas. Suele responder muy bien al tratamiento basado en inmunoterapia y extirpación quirúrgica, aunque es importante tener en consideración que la recuperación es lenta, pero de buen pronóstico.

PALABRAS CLAVES

Encefalitis, teratoma ovárico, anticuerpos anti NMDA

ENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Gutiérrez Vega Rosita¹, Gangas Zumelzu Cristina¹, Vallejos Burgos Diego¹, Muñoz Collipal Javier¹, Riquelme Traipi Cristóbal¹, Valenzuela Medina Tirza¹, Torres Quishpe Laiz².

- 1. Interno Medicina, Universidad de La Frontera**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La encefalitis es una inflamación aguda cerebral que se manifiesta con alteraciones mentales, déficit neurológico focal y fiebre. Entre sus etiologías está el virus varicela-zóster (VVZ), causante de varicela y herpes zóster, que provoca infección latente en los ganglios sensoriales, pudiendo reactivarse y provocar complicaciones. El objetivo del caso es destacar esta complicación infrecuente para lograr una correcta sospecha.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Escolar femenina, 6 años, antecedentes de prematuridad, displasia broncopulmonar, retraso del desarrollo y cuadros respiratorios múltiples. Presenta episodio de desconexión del medio, rigidez de extremidades, relajación esfinteriana y movimientos involuntarios; en urgencias se maneja con benzodiacepinas y levetiracetam. Parámetros inflamatorios, bioquímico, scanner cerebral y punción lumbar normales, líquido cefalorraquídeo sin patógenos detectados, electroencefalograma con actividad temporal izquierda. Mejora clínicamente, pero persiste trastorno del habla y de marcha. A los 3 días presenta lesiones vesiculares pruriginosas dorsales, extendiéndose a tronco, genitales y extremidades; además, fiebre hasta 38°C. Cuadro concordante con varicela, se realiza nueva punción lumbar, encontrándose VVZ en panel viral, se diagnostica encefalitis por VVZ y se inicia aciclovir.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La encefalitis por VVZ es una complicación grave de baja incidencia (1-4/millón de personas al año). El caso demuestra que puede ocurrir en pacientes jóvenes, e inmunocompetentes, puesto que gran cantidad de casos reportados son de pacientes añosos o inmunosuprimidos. La etiología (VVZ) se sospecha ante aparición de vesículas, como lo descrito, sin embargo, existen casos donde nunca se expresan. Sobre el tratamiento; a pesar de la alta morbimortalidad, hay pocos estudios, antivirales reducirían la duración y el riesgo de complicaciones.

PALABRAS CLAVES

Infección por el Virus de la Varicela-Zóster, Encefalitis, Varicela Zóster, Varicela

Endometriosis inguinal, pensando más allá de la hernia inguinal: a propósito de un caso.

Autores y Tutores: Alamo Misleh Sofía Juelita¹, Díaz Becerra Alejandro Josué¹, Maureira González Javiera Paz¹, Carvacho Köstner Pablo Enrique².

- 1. Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.**
- 2. Cirujano General, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.**

INTRODUCCIÓN:

Los aumentos de volumen inguinales son manifestaciones clínicas causadas por un gran abanico de patologías. A pesar de que las hernias inguinales son por lejos la etiología más frecuente, es crucial considerar diagnósticos diferenciales teniendo pronósticos y manejos distintos. A continuación se discute un caso para evidenciar la importancia de considerar otros diagnósticos que pueden presentarse como aumentos de volumen inguinales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 32 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por cuadro de 1 año de inguinodinia derecha y aumento de volumen inguinal, con ecografía informada con hernia inguinal derecha, indicándose hernioplastia bajo anestesia local. En el intraoperatorio, se evidenció lesión nodular fibromatosa, indurada, envolviendo al nervio ilioinguinal, sin hernias visibles. Se seccionó el nervio y se resecó la lesión. La paciente evolucionó favorablemente con cese del dolor, por lo que se decide alta. En el control post quirúrgico al mes, se encontraba asintomática con herida operatoria sana. Se rescata biopsia que informó “hallazgos histológicos compatibles con endometriosis”, decidiendo seguimiento por ginecología.

DISCUSIÓN

La endometriosis es una patología ginecológica frecuente en mujeres en edad fértil, causante de importante dolor, pudiendo manifestarse en varios sitios. La endometriosis inguinal corresponde a menos del 0,6% del total y suele presentarse como masas pequeñas y dolorosas, generalmente exacerbadas durante la menstruación y pudiendo asociarse a otras alteraciones ginecológicas. Generalmente son mal diagnosticadas como hernias inguinales, por lo que el diagnóstico definitivo suele realizarse con el estudio histopatológico de lesiones halladas en el intraoperatorio de supuestas hernioplastias. Su manejo es, de igual forma, la resección quirúrgica, ya sea laparoscópica o abierta, sin evidencia suficiente que apoye el manejo médico sobre el quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Es fundamental realizar un completo proceso diagnóstico al enfrentarse a aumentos de volumen inguinales, para evitar sobrediagnosticar todos erróneamente como a hernias, como en el caso presentado.

PALABRAS CLAVES

Dolor Inguinal, Endometriosis, Hernia Inguinal, Masa Inguinal.

ENFERMEDAD DE ARAÑAZO DE GATO: REPORTE DE CASO

Autores y Tutores: Jaramillo López Camila Andrea¹, Valdivia Utreras Javiera Paz¹, Rodríguez Galaz Carolina Ignacia¹, Gambarrotti Viteri Daniel².

1. **Medicina, Universidad Diego Portales.**
2. **Médico cirujano especialista en pediatría**

INTRODUCCIÓN:

La Bartonella henselae es un bacilo gram negativo y es el agente etiológico de la enfermedad por arañazo de gato. Es una enfermedad poco común con incidencia reportada de 9,3 casos por cada 100.000 individuos y afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. El aporte al conocimiento científico de este caso clínico, consiste en conocer esta patología poco frecuente para sospecharla y tratarla de forma correcta. Lo cual es relevante pues de no tratarse adecuadamente podrían requerir tratamiento quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 2 años, convive con gatos, sin otro antecedente relevante, consulta en pediatría el 25/04/24 por lesión en región cervical derecha indolora. Se indica tratamiento con Amoxicilina y se solicita ecografía cervical que indica adenopatía reactiva cervical derecha no abscedada. Luego, tras buena adherencia a tratamiento, reconsulta día 08/05/24 por aumento de volumen de adenopatía que se hace doloroso a la palpación, asociado a fiebre de hasta 38,8°C. Los exámenes de laboratorio demuestran parámetros inflamatorios elevados (PCR 20 mg/dL, leucocitos $17 \times 10^9/L$) y panel viral respiratorio Influenza A positivo. Por mala evolución clínica y sospecha de abscedación se hospitaliza para evaluación por otorrinolaringología asociado a tratamiento con azitromicina 500 mg cada 24 horas por 5 días. Se realiza IgM Bartonella positivo, y se decide realizar drenaje quirúrgico. Al alta se indica control con Pediatría ambulatoria que refiere mejoría clínica.

DISCUSIÓN

En la literatura se evidencia que el tratamiento adecuado para esta patología es la Azitromicina, sin embargo en el caso clínico se evidencia que se inició tratamiento antibiótico con Amoxicilina, lo cual es una limitación. Al no ser esta la primera línea de tratamiento, se retrasó el manejo óptimo siendo esta la posible causa de la abscedación de la adenopatía y su consiguiente intervención quirúrgica. El punto destacable es que finalmente si se inicia con la terapia recomendada y el paciente evolucionó de manera favorable.

CONCLUSIÓN

Se concluye que es necesario conocer el tratamiento adecuado de esta patología poco común, ya que de atrasar el manejo adecuado se pueden producir complicaciones que requerirán manejo quirúrgico.

PALABRAS CLAVES

Lymphadenopathy, Fever, Bartonella.

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: A propósito de un caso.

Autores y Tutores: Gallegos Cuevas Catalina¹, Zúñiga Barros Rodrigo¹, Caniuqueo Leiva Javier¹, Vargas Tejada Sebastián¹, Toledo Sepúlveda Jorge².

- 1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales**
- 2. Médico Cirujano. Becado de Neurología Hospital DIPRECA**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una encefalopatía espongiforme transmisible causada por priones. Se caracteriza por deterioro cognitivo rápidamente progresivo, ataxia, mioclonías y cambios en el electroencefalograma (EEG). Tiene un resultado fatal en menos de un año desde el inicio de los síntomas en el 70% de los pacientes. Existen cuatro tipos de ECJ: esporádica (85%), iatrogénica, variante y hereditaria (10%), ésta última asociada con mutaciones en el gen PRNP. El diagnóstico se basa en la clínica, hallazgos en la resonancia magnética, resultados de estudios con punción lumbar (PL) y un patrón EEG característico. No existe tratamiento curativo disponible.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años con antecedentes de hipotiroidismo, síndrome parkinsoniano y 2 familiares (hermanos) fallecidos con diagnóstico de ECJ derivada al servicio de urgencias por cuadro de 9 meses de evolución de vértigo, ataxia de la marcha, temblor en reposo, afasia y dependencia progresiva en las actividades de la vida diaria hasta dependencia total. Al examen físico se evidenció rigidez en las cuatro extremidades, temblor de reposo y compromiso de conciencia cualitativo. Se hospitalizó para completar estudios por diagnóstico probable de ECJ hereditaria, realizándose escáner de cerebro sin contraste que no evidenció alteraciones, resonancia magnética que informó restricción protonica simétrica de núcleos caudados lenticulares y tálamo, electroencefalograma con desincronización lenta difusa simétrica de la actividad de base sin lentitud focal ni actividad epileptiforme aguda y sin hallazgos en estudio con PL. Se envió muestra de sangre a instituto de salud pública (ISP), cuyo resultado informó secuencia genética en codón 129 y 200 compatible con ECJ.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La ECJ hereditaria es una encefalopatía priónica rara caracterizada por un inicio más temprano y una progresión algo más lenta en comparación con las otras formas de ECJ. El diagnóstico temprano es esencial para un manejo adecuado dado que permite optimizar el tratamiento sintomático, realizar seguimiento y ofrecer asesoramiento genético a los familiares, ya que aunque no existe un tratamiento curativo, la identificación oportuna de la enfermedad puede mejorar la calidad de vida del paciente y brindar soporte a su entorno familiar.

PALABRAS CLAVES

Creutzfeldt-Jakob Disease, Inherited Human Transmissible Spongiform Encephalopathies, Prion Diseases, Familial Creutzfeldt-Jakob Disease.

ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU: REPORTE DE UN CASO CON PRESENTACIÓN INCIDENTAL

Autores y Tutores: Dunner Constanzo Aline¹, Sapunar Valencia Nicolas¹, Soto Pavez Loreto¹, Guglielmetti Macchiavello Francesca¹, Bacco Gonzalez Bianca², Oyarce Mejias Carlos¹, Valencia Sapunar Matias³.

- 1. Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 2. Medicina, Universidad Andres Bello sede Viña del Mar**
- 3. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL) es un síndrome hereditario autosómico dominante que se caracteriza por hemangioblastomas en el sistema nervioso central y la retina, carcinoma renal, feocromocitomas bilaterales, quistes y tumores sólidos en el páncreas, y cistoadenomas del epidídimo, entre otros. Esta condición es causada por mutaciones en el gen supresor de tumores VHL, ubicado en el cromosoma 3. La incidencia es de 1 en 36,000 nacimientos vivos. La detección de cualquiera de estos componentes debería levantar la sospecha de esta enfermedad y llevar a la investigación de otros sistemas asociados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años, sin antecedentes médicos consulta por dolor abdominal en fosa iliaca derecha (FID) de un día de evolución. Al examen físico, se observa dolor en FID con signo de McBurney positivo. Se solicita una tomografía computarizada (TC) de abdomen que mostró el apéndice cecal aumentado de tamaño, sugiriendo apendicitis aguda o mucocele apendicular, además de múltiples quistes en los riñones y el páncreas. Por esto último, se sospechó enfermedad de VHL.

El paciente ingresó a pabellón el 22/05/24 y se le realizó una apendicectomía laparoscópica sin incidentes. En el contexto de la sospecha de VHL, fue evaluado por oftalmólogo, que detectó un hemangioblastoma retinal derecho sin compromiso visual. En paralelo se solicitó una resonancia magnética (RM) cerebral que mostró un hemangioblastoma cerebeloso.

Por último, fue evaluado por urología, quienes indicaron nefrectomía radical laparoscópica derecha en un primer tiempo, y la izquierda de forma diferida, con el fin de preparación para diálisis.

DISCUSIÓN

Este caso resalta la importancia de considerar VHL ante el hallazgo de nódulos renales asociados a quistes pancreáticos. Un diagnóstico temprano permite intervenciones oportunas y adecuadas. El manejo debe ser multidisciplinario para abordar todas las complicaciones potenciales y optimizar el pronóstico del paciente.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de VHL requiere alta sospecha diagnóstica debido a su naturaleza multisistémica y variadas manifestaciones clínicas.

PALABRAS CLAVES

Von Hippel-Lindau Disease, Hemangioblastoma, Appendectomy

Eritroqueratodermia variable: reporte de un caso en Chile.

Autores y Tutores: Palma Peña Sofía de Los Ángeles¹, Rehbein Valenzuela Hans Helmut², Castillo Ríos Catalina Paz¹, Arancibia Vega Matías José¹, Valdivia Leighton Bernardita Cristina¹, Contreras Cañas Isabel Margarita¹, Buchroithner Haase Catalina Andrea³.

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 3. Dermatóloga**

INTRODUCCIÓN:

Las eritroqueratodermias son un grupo infrecuente de trastornos hereditarios de la queratinización. Se clasifican en eritroqueratodermia variable (EKV) y eritroqueratodermia progresiva simétrica. La EKV tiene herencia dominante heterocigótica. Se presenta en los primeros años de vida, con menor frecuencia en la adultez. Clínicamente tiene dos tipos de presentación: una con parches eritematosos estacionarios y otra migratoria, que varían con el estrés y el calor. Las lesiones suelen distribuirse en la superficie extensora de las extremidades, nalgas y cara. Algunas variedades de eritroqueratodermia pueden afectar otros sistemas del organismo. Es importante que los pacientes conozcan su enfermedad y las posibles repercusiones personales y familiares, mediante consejería genética. El objetivo es exponer un caso de una enfermedad no reportada en Chile.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 57 años, consulta por lesiones eritematosas, levemente pruriginosas desde la infancia. Refiere cuadro similar en su hija. Al examen físico se aprecia un 75% de la superficie cutánea con placas eritematosas de bordes delimitados, levemente descamativas, estables desde la infancia. Las lesiones se distribuyen simétricamente, comprometiendo cara, cuello, tronco y extremidades. La biopsia cutánea informa hiperplasia psoriasiforme con hiperqueratosis, alternando queratina hialina compacta con focos de paraqueratosis, con áreas de queratina en red. Leve hiperpigmentación de la capa basal. Dermis con escaso infiltrado perivascular superficial linfocitario, algunos capilares superficiales dilatados. Se indica tratamiento con retinoides sistémicos con buena respuesta. Al control anual, no presenta recidivas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Ante un paciente con compromiso de la superficie corporal por eritema y descamación, es importante considerar las eritroqueratodermias. En el caso expuesto, el diagnóstico se fundamentó en la clínica, histopatología y en el antecedente familiar del paciente. La respuesta favorable al uso de retinoides sistémicos es consistente con la literatura, que respalda los retinoides en el manejo de trastornos de la queratinización. No obstante, el tratamiento sólo aborda los síntomas, sin corregir la alteración genética subyacente. Es crucial que los pacientes comprendan las implicaciones genéticas de la EKV. Actualmente, la investigación en EKV intenta identificar tratamientos que aborden las mutaciones subyacentes. El caso presentado destaca la necesidad de un diagnóstico preciso, tratamiento sintomático eficaz y consejería genética como manejo de la EKV.

PALABRAS CLAVES

Eritroqueratodermia variable, Genodermatosis, eritema migratorio.

ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Domínguez Sandoval Víctor Ignacio¹, Baeza Ortiz Valentina Jesús¹, Espinoza Palma Francisca Sofía¹, Maragaño Marina María Ignacia¹, Oyarce Farías Fabián Esteban¹, Zerené Castro Trinidad Belén¹, Garrido Sanchez Pablo Andrés².

- 1. Medicina, Universidad Católica del Maule**
- 2. Médico internista**

INTRODUCCIÓN:

La estenosis de la válvula aórtica es la más comúnmente afectada dentro de la patología degenerativa valvular, sus estadios clínicos se determinan por sintomatología, función ventricular izquierda, anatomía y hemodinamia valvular. Inicia asintomática un largo periodo de tiempo y se vuelve clásicamente sintomática con insuficiencia cardíaca, síncope y angina, considerados signos terminales de la enfermedad que aumentan drásticamente la mortalidad posterior a su aparición. El diagnóstico ecocardiográfico preciso y un manejo multidisciplinario adecuado son fundamentales, siendo el reemplazo valvular, el pilar terapéutico en pacientes sintomáticos que requieren una atención priorizada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial, gota, diabetes mellitus no insulino requirente, fibrilación auricular y daño hepático crónico no alcohólico, quien presentó múltiples consultas en servicio de urgencia, desde noviembre del 2023, por edema de extremidades inferiores, ángor y disnea con murmullo pulmonar disminuido y crépitos bibasales difusos. En junio del 2024 empeoró su disnea y ángor, agregándose episodios de síncope, anasarca, ortopnea y presencia de líquido ascítico, se hospitalizó para manejo médico y estudios complementarios. Ecocardiograma transtorácico informó un ventrículo izquierdo de diámetro y volúmenes aumentados, geometría de hipertrofia excéntrica, motilidad global severamente reducida con fracción de eyección 26%, disfunción diastólica tipo III patrón restrictivo, función sistólica reducida, estenosis aórtica severa e insuficiencia leve a moderada, insuficiencia mitral moderada, insuficiencia tricúspideas severa. Coronariografía sin lesiones obstructivas significativas. Se discutió el caso en comité cardiológico y se presentó para reemplazo valvular aórtico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La estenosis aórtica severa requiere un diagnóstico ecocardiográfico oportuno y seguimiento prospectivo, pues leves síntomas cardíacos ameritan una rápida intervención. El reemplazo valvular, quirúrgico o percutáneo, impacta radicalmente en sintomatología, expectativa de vida y complicaciones como arritmias, muerte cardíaca súbita, hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca. Siendo el tratamiento médico útil en tratar enfermedades cardiovasculares concurrentes y en pacientes que no son candidatos a intervención valvular, en estos últimos su capacidad paliativa es limitada.

PALABRAS CLAVES

Aortic Valve Stenosis, Heart Valve Disease, Echocardiography.

FALLA RENAL AGUDA SECUNDARIA A ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADA A METFORMINA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Sarmiento Wiegand Beatriz¹, Tubero González Fabiana Catalina¹, Heller Fuenzalida Josefina¹, Marchant Sanhueza Sofia Alejandra¹, Santillán Mejía Paul².

- 1. Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar**
- 2. Médico intensivista, Médico jefe Unidad de Paciente Crítico, Hospital Clínico Viña del Mar.**

INTRODUCCIÓN:

La intoxicación por metformina es una complicación poco frecuente, con una tasa reportada de 0.09 a 4.3 casos por cada 100,000 pacientes al año, pero con una alta mortalidad de hasta el 30%. Esta condición genera acidosis láctica secundaria a la acumulación del fármaco en el organismo. Se asocia a factores de riesgo como insuficiencia renal aguda (AKI), insuficiencia hepática, deshidratación, sepsis y shock, entre otros. El diagnóstico se establece con un pH arterial < 7.35 y lactato arterial > 5 mmol/L, en pacientes que utilizan metformina. El manejo se basa en el soporte, la corrección de la acidosis y, en casos necesarios, en la terapia de reemplazo renal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años, con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina (850 mg cada 8 hrs), hipertensión, dislipidemia y anorexia por duelo reciente, ingresó a urgencias por 4 días de vómitos, diarrea y compromiso de conciencia. Al ingreso, presentó acidosis metabólica con pH 6.96, HCO₃ 4.8 mmol/L, anión GAP elevado, creatinina 4.2 mg/dL, cetonemia y cetonuria negativas. Evolucionó con hipotensión sostenida y AKI AKIN III, ingresando a Unidad de Paciente Crítico, donde presentó lactato de hasta 13.4 mmol/L. Requirió bicarbonato de sodio y hemodiálisis venovenosa continua (HDVVC), con resolución de la acidosis tras 72 horas de HDVVC intermitente. En contexto de falla multiorgánica, necesitó soporte con drogas vasoactivas y ventilación mecánica invasiva, con posterior recuperación.

DISCUSIÓN

El caso descrito presenta los síntomas clásicos de intoxicación por metformina: compromiso gastrointestinal, alteración de la conciencia, AKI y shock. El manejo fue adecuado según las recomendaciones de la literatura, con un resultado favorable.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una complicación infrecuente, es importante sospechar la acidosis láctica asociada a metformina en pacientes que cumplan el perfil de presentación dada su elevada mortalidad.

PALABRAS CLAVES

Acidosis láctica, Lesión renal aguda, Metformina.

FIBROSIS RETROPERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Vásquez Marin Antonia¹, Vásquez Marin Camila², Lagos Ortiz Cristobal², Gutierrez Sepulveda Carolina¹, Correa Catalan Martin², Sanchez Sepulveda Rodrigo³.

- 1. Medicina, Universidad de la Frontera**
- 2. Medicina, Universidad Mayor sede Temuco**
- 3. Urólogo**

INTRODUCCIÓN:

La fibrosis retroperitoneal (FR) es una patología infrecuente con prevalencia de 0.1/100.000 personas al año, caracterizada por lesiones fibróticas con infiltración de células inflamatorias crónicas alrededor de la aorta abdominal y arterias ilíacas comunes, afectando también uréteres. El 70% de casos son por etiología idiopática, mediada por sistema inmune, y un 30% por causas secundarias, relacionadas con procesos malignos. Es más frecuente en hombres, se presenta entre los 40 a 60 años, con síntomas constitucionales y dolor lumbar o en flancos. Su complicación más frecuente es la uropatía obstructiva, que puede llevar a falla renal aguda.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino, 49 años, antecedentes de DM2 NIR y microhematuria persistente. Consulta por cuadro de 2 meses de dolor en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio y fosa iliaca derecha. Al examen físico, destaca masa abdominal derecha palpable. En exámenes de laboratorio destaca microhematuria, con función renal conservada. TC abdomen y pelvis con contraste informa masa renal derecha (Bosniak IV), engrosamiento parietal concéntrico ureteral derecho. Evaluada por equipo de Urología, imagen impresiona fibrosis retroperitoneal en relación a vasos ilíacos comunes derechos. Evoluciona con cólico renal derecho, RNM informa fibrosis retroperitoneal que rodea aorta abdominal, arterias ilíacas comunes, predominando a derecha y uréter derecho, hidronefrosis derecha secundaria y gran hematoma renal derecho. Se inicia tratamiento con corticoides en dosis altas, posteriormente se resuelve quirúrgicamente con nefrectomía radical laparoscópica y se toma biopsia retroperitoneal.

Actualmente en espera de resultado de biopsia, en seguimiento por medicina interna continua estudio con Quantiferon-TB e IgG4.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La FR corresponde a una patología infrecuente, cuya causa más común es la idiopática, por lo que en este caso se inició tratamiento con corticoides. Sin embargo, es necesario continuar el estudio con IgG4 y biopsia para confirmar el diagnóstico y así dirigir el tratamiento médico adecuado. Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y manejo adecuado de pacientes con esta patología, para evitar el desarrollo de complicaciones.

PALABRAS CLAVES

Retroperitoneal fibrosis, hydronephrosis, ureteral obstruction.

FÍSTULA CISTOGÁSTRICA ESPONTÁNEA SECUNDARIA A PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRÁGICA, REPORTE DE UN CASO.

Autores y Tutores: Lagos Rojas Angelo Nicolás¹, Vargas Benavides Luis Israel², Sarabia Santiago Gabriela Amanda², López Portuguez Alfredo Benjamín², Reydet Tala Lucas Antonio², Marín Montes Paz Carolina², Gil Espinoza Miguel Ángel³.

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Medicina, Universidad San Sebastián**
- 3. Médico Cirujano Residente de tercer año Cirugía General USACH**

INTRODUCCIÓN:

El pseudoquiste pancreático es una colección encapsulada de líquido homogéneo ubicada cerca del páncreas, secundaria a pancreatitis crónica o aguda. Su incidencia es baja y puede complicarse con infección, hemorragia, perforación o fistulización. En menos del 3% se produce perforación y/o fistulización espontánea, siendo rara la perforación hacia víscera hueca y generalmente asociada a hemorragia potencialmente mortal. La rotura espontánea no complicada de un pseudoquiste es muy infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años, con hospitalización reciente por pancreatitis aguda necrohemorrágica de origen biliar, tratada con manejo médico y dado de alta con control imagenológico. Acudió a control asintomático, con tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con contraste que informó “colección peripancreática hidroaérea multiloculada con abundante contenido aéreo no visible en examen previo y en contacto con la pared gástrica”. Al ingreso afebril, con parámetros inflamatorios discretamente elevados. En TC de control se evidenció disminución del volumen de colección peripancreática que contacta con pared gástrica en curvatura menor. Con sospecha de fístula cistogástrica se realizó endoscopia digestiva alta que confirmó el diagnóstico, visualizándose un orificio puntiforme con drenaje de contenido purulento a nivel del antro en curvatura menor. Se decidió instalar prótesis metálica autoexpandible para drenaje y lavado de cavidad quística, de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

El tratamiento de los pseudoquistes suele ser conservador, reservando las intervenciones invasivas para casos complicados o con síntomas persistentes. En la actualidad, la endosonografía se está convirtiendo en el tratamiento de elección y las prótesis metálicas autoexpandibles han adquirido importancia. En este caso clínico se presenta un pseudoquiste con sospecha de infección que no requirió endosonografía, dado la formación de una fístula cistogástrica espontánea con drenaje parcial del mismo. No obstante, resulta necesario instalar una endoprótesis para ampliar el trayecto fistuloso y asegurar un drenaje adecuado y posterior cierre.

CONCLUSIÓN

La fístula cistogástrica espontánea secundaria a un pseudoquiste pancreático es un cuadro poco frecuente que dispone de poca información en la literatura. Su manejo depende de sintomatología o complicaciones, pudiendo ser manejado de forma endoscópica y programada como en el caso descrito.

PALABRAS CLAVES

Pseudoquiste pancreático, Fístula, Endoscopia

FÍSTULAS URETROPERINEALES: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores y Tutores: Alamo Misleh Sofia Julieta¹, Inzunza Fernández Agustín Ignacio¹, Mandiola Mosto Catalina Paz¹, Sanz Urquhart Catalina Antonia¹, Mora Sobell Ricardo Andrés².

- 1. Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.**
- 2. Becado de Urología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.**

INTRODUCCIÓN:

Las fístulas uretrales son patologías infrecuentes pero que representan desafíos significativos en su manejo, produciendo considerable morbilidad y limitación funcional. Se definen como comunicaciones extra-anatómicas patológicas entre superficies epiteliales. En el presente trabajo se discute un caso clínico para lograr un mayor entendimiento de las fístulas uretro-cutáneas, especialmente uretro-perineales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 76 años, hipertenso y diabético insulina requirente, con antecedentes de prostatectomía y nefrolitotomía. Es hospitalizado por un absceso perineal. Se realiza manejo médico de la infección y se solicita una resonancia magnética de pelvis, informada con colecciones y lóculos alargados a nivel del cuerpo esponjoso y base, en íntimo contacto con uretra peneana. Se solicita una uretrocistografía que confirma la comunicación entre una colección en la unión bulbomembranosa con la superficie cutánea perineal de 25 mm. La fistulografía muestra una fístula uretroperineal con opacificación hasta la vejiga. Se decide manejo quirúrgico con cistostomía preoperatoria y posterior uretroplastia.

DISCUSIÓN

Las fístulas uretrales pueden ser congénitas o adquiridas, siendo estas últimas más comunes teniendo diversas etiologías. Para el diagnóstico es fundamental una buena anamnesis y examen físico, complementados con estudios imagenológicos como Urografía por Tomografía Computarizada o por Resonancia Magnética y técnicas de fluoroscopia. El manejo varía según el caso, incluyendo desde la observación en fístulas pequeñas hasta intervenciones quirúrgicas en casos más complejos.

CONCLUSIÓN

Las fístulas uretrales representan un reto diagnóstico y terapéutico. Su manejo exitoso requiere un enfoque individualizado para minimizar la morbilidad asociada y mejorar la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVES

Absceso, Fístula Cutánea, Fístula Urinaria, Perineo.

FRACTURA OSTEOCONDAL DE RODILLA AISLADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Sapunar Valencia Nicolás Andrés¹, Bacco González Bianca Antonia², Bascuñán Esnaola Javier Agustín¹, Grandela Avaria Francisca Andrea³, Dünner Constanzo Aline¹, Oyarce Mejías Carlos Matías¹, Valencia Sapunar Matías Ignacio⁴.

- 1. Medicina, Universidad de Valparaíso.**
- 2. Medicina, Universidad Andrés Bello Sede Viña del Mar.**
- 3. Medicina, Universidad del Desarrollo.**
- 4. Médico Cirujano, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.**

INTRODUCCIÓN:

Una fractura osteocondral daña tanto al cartílago como al hueso subcondral. Esta lesión puede causar degeneración articular, y eventualmente, artrosis a edades tempranas, debido al limitado potencial de reparación del cartílago articular. La incidencia de fracturas osteocondrales de rodilla asociados a lesión del ligamento cruzado anterior llega hasta un 80% y la dislocación de rótula se relaciona en un 70%. Por lo tanto, que se presente de forma aislada son sumamente infrecuentes con una incidencia menor a un 4%, y suelen estar asociadas a lesiones en flexión y rotación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 25 años, sano, sin lesiones de rodilla previas, sufre una lesión de rodilla derecha mientras jugaba fútbol. El mecanismo lesional fue una hiperextensión de rodilla y traslación anterior del fémur sobre la tibia asociada a rotación interna. Evoluciona con aumento de volumen e impotencia funcional.

Es evaluado por traumatólogo, quien sospecha una lesión de partes blandas por clínica y mecanismo. Se solicitó resonancia magnética de rodilla que informa: Fractura subcondral y contusión ósea en platillo tibial interno, ligamentos cruzados y colaterales indemnes, meniscos indemnes y alineación rotuliana conservada. Se solicita tomografía computarizada de rodilla que informa: sector anterior cóndilo femoral interno fractura por impacto de 2,4 centímetros x 1,9 centímetros con hundimiento de superficie de hueso subcondral de 0,4 centímetros.

En este contexto se decide manejo quirúrgico con injerto osteocondral autólogo de la cresta ilíaca izquierda. Evoluciona de manera favorable, actualmente en proceso de reintegro deportivo.

DISCUSIÓN

Como en este caso, frecuentemente dichas fracturas son confundidas con lesiones de partes blandas, generando retraso en el diagnóstico. Es imprescindible el diagnóstico y manejo precoz por lo esencial que es el cartílago para la función articular. El tratamiento depende del tamaño de la lesión y el tiempo de evolución. Dentro de las opciones de manejo se encuentran extirpación del fragmento seguido de procedimientos de reparación de cartílago como micro y nanofractura, desbridamiento e injerto de cartílago hialino.

CONCLUSIÓN

Mantener un alto índice de sospecha es fundamental, pues la clínica e imagenología pueden no ser concluyentes. Su retraso diagnóstico puede desarrollar lesiones crónicas y artrosis.

PALABRAS CLAVES

Knee, Bone Fracture, Osteoarthritis.

FRACTURA OSTEOCONDAL DEL CÓNDILO FEMORAL LATERAL EN PACIENTE ADOLESCENTE: MANEJO QUIRÚRGICO Y RECUPERACIÓN.

Autores y Tutores: Astaburuaga Latorre María Jesús¹, Matulich Sandoval Felipe Andrés¹, Moesicke Pichicón Camila Belén¹, Quiroz Nova Luis Armando¹, Zamponi Bachmann Camila Marcela¹, Valenzuela Fritz Lucas Mauricio¹, Villablanca Platter Víctor Andrés².

- 1. Medicina, Universidad Mayor de Temuco**
- 2. Médico cirujano, especialista en Ortopedia y traumatología**

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones osteocondrales de la rodilla son particularmente prevalentes en la población pediátrica y adolescente, a menudo resultantes de traumatismos directos sobre la rodilla flexionada o tras episodios de luxación aguda de rótula. Estas lesiones pueden ser desafiantes debido a la complejidad de la reparación y el riesgo de deterioro a largo plazo de la función articular si no se tratan adecuadamente. A continuación un caso de un paciente donde se utilizaron implantes biodegradables en un centro hospitalario de mediana complejidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 16 años sin antecedentes médicos, sufre caída a nivel cursando con fallo en rodilla izquierda y posterior impotencia funcional. Acude a servicio de urgencia donde destaca al examen físico una rodilla bloqueada en semiflexión con importante derrame. Radiografía y TAC de urgencia muestran un fragmento osteocondral libre intraarticular y signos de derrame. Resonancia magnética nuclear (RMN) complementaria revela una fractura osteocondral del cóndilo femoral lateral izquierdo con fragmento intraarticular libre y signos de una luxación aguda de rótula reciente.

Se opta por la fijación del fragmento a través de técnica abierta con asistencia artroscópica. Se observa un gran defecto condral en zona de carga del cóndilo femoral lateral con un fragmento osteocondral libre de 2,5 x 2 cm. Mediante mini-incisión parapatelar lateral se extrae y reposiciona el fragmento que se fija mediante la colocación de 4 tornillos bioabsorbibles (SmartNail) restaurando la superficie articular.

En el postoperatorio se indica reposo con inmovilizador de rodilla y extremidad en descarga por 6 semanas, posteriormente se inicia rehabilitación con kinesioterapia motora centrada en ROM activos y pasivos de la rodilla. Evolución favorable, rangos 0-110o a las 8 semanas post cirugía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En casos así, el diagnóstico y la intervención quirúrgica precoz resultan esenciales para la preservación de la función articular y la prevención de complicaciones a largo plazo. La literatura sugiere que los tornillos bioabsorbibles ofrecen una fijación eficaz que mejora la restauración de la superficie articular y la recuperación funcional, superando a técnicas más invasivas. La ventaja de los tornillos bioabsorbibles radica en su capacidad para proporcionar estabilidad mecánica sin necesidad de procedimientos adicionales para retirar el material de fijación.

PALABRAS CLAVES

Osteochondral injuries, fijación, tornillos bioabsorbibles

HALLAZGO DE BEZOAR EN LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE QUIRÚRGICO.

Autores y Tutores: Rifo Villalobos Florencia Pilar¹, Medin Cuevas Ignacio Benjamin¹, Medina Cuevas Sebastián Nicolás¹, Maldonado Giadalah Valentina Constanza¹, Hidalgo Toledo Constanza Silva¹, Villagran Iluffi Francisca Fernanda².

- 1. Medicina, Universidad San Sebastián sede Concepción**
- 2. Cirujana Infantil**

INTRODUCCIÓN:

Se define obstrucción intestinal (OI) al impedimento parcial o total del paso de contenido intestinal hacia el canal anal. Dentro de las causas encontramos: adherencias, bridas, cuerpos extraños, impactación fecal, entre otras. Siendo la causa más frecuente, en especial en pacientes con antecedente quirúrgico digestivo, las bridas y adherencias.

La clínica está caracterizada por síntomas como: distensión y dolor abdominal, vómitos y ausencia de deposiciones. Es una emergencia médica que puede requerir manejo quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 13 años con antecedente de gastrosquisis resuelta en periodo de recién nacido con reducción primaria. Consulta en servicio de urgencia por vómitos, distensión abdominal y ausencia de deposiciones. Debido a antecedente quirúrgico se sospecha obstrucción intestinal por bridas y se realiza laparotomía exploradora evidenciando escasas bridas que no impresionan producir acodaduras ni cambios de calibre significativos que sustentaran hipótesis planteada. Durante el procedimiento se identifica un asa intestinal con contenido duro, petro y móvil, al realizar enterotomía se evidencia presencia de bezoar. Se decide inspeccionar contenido gástrico donde se encuentra otro cuerpo extraño correspondiente a bezoar.

DISCUSIÓN

Los bezoares son acumulaciones de material indigerible que se encuentran en el tracto gastrointestinal, principalmente gástrico y constituye una causa rara de obstrucción intestinal. Pueden estar compuestos de cabello (tricobezoares), alimentos no digeridos (fitobezoares) o ciertas sustancias sintéticas. Es importante saber cuales son todas las causas de OI y saber identificarlas para llegar a un diagnóstico etiológico certero como ocurrió en este caso.

CONCLUSIÓN

Los bezoares son cuerpos extraños que pueden causar obstrucción intestinal si crecen lo suficiente como para bloquear parcial o completamente el paso de alimentos y líquidos a través del tracto gastrointestinal. Es por esto que a pesar de su carácter poco frecuente, debe ser considerado como hipótesis diferencial de obstrucciones intestinales ya que ir en búsqueda de cuerpos extraños puede ser determinante a la hora de resolver este tipo de emergencia quirúrgica.

PALABRAS CLAVES

Adherencias, bezoar, obstrucción intestinal, gastrosquisis

HALLAZGO INCIDENTAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTE ADULTO JOVEN: CASO CLÍNICO.

Autores y Tutores: Muñoz Gómez Valentina Monserrat¹, Moreno Pérez Nicolás Alejandro¹, Tapia González Camila Paz¹, Muñoz Orellana Antonia Sofía¹, Pacheco Forcael Carla Ignacia².

- 1. Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello sede Concepción**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal (CCR) corresponde a neoplasias ubicadas en el intestino grueso. La ubicación más frecuente es en la porción sigmoidea (35%). Corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Es más frecuente sobre los 50 años, con un 10 % de los casos en edades más tempranas. Los síntomas y signos incluyen hemorragia rectal, cambios de hábito defecatorio y dolor abdominal. Su presencia y manifestación dependen de la ubicación y extensión de la enfermedad.

Se presenta un caso atípico de CCR en paciente masculino, sano de 29 años, sin antecedentes familiares de cáncer.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente derivado desde Atención Primaria por sospecha de apendicitis. Con cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal cólico, localizado en fosa iliaca derecha (FID), no irradiado, asociado a distensión abdominal, náuseas, y deposiciones líquidas en 1 ocasión, sin elementos patológicos. Niega transgresión alimentaria. Niega hábito tabáquico. Hábito defecatorio regular, sin cambios previos. Sin alteración de signos vitales. Abdomen blando, distendido, depresible, doloroso a la palpación en FID, ruidos hidroaéreos presentes, hipertimpánico. Signos “McBurney” y “Psoas”, positivos.

Exámenes de laboratorio, en rango normal, incluidos parámetros inflamatorios. Estudio de imagen que informa: “Tumor de colon sigmoides, con dos masas tumorales adyacentes en el peritoneo circundante. Adenopatía iliaca de aspecto neoplásico. Nódulo hepático de posible compromiso secundario. Apéndice en FID sin alteraciones” Decidiéndose hospitalización para eterminación. Único marcador tumoral alterado: CA 19-9: 51,2 U/ml. Colonoscopia con biopsia informa: Adenocarcinoma tubular infiltrante en mucosa tipo intestino grueso, bien diferenciado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Vemos una presentación atípica de CCR, con posible metástasis secundaria, evidenciada por un cuadro de 48 hrs de evolución, acompañado de un único episodio de deposiciones líquidas, no disintéricas. Si bien la ubicación del tumor es en el segmento de presentación más frecuente, carece de clínica característica orientadora a esta patología. Este caso, junto con la estimación de aumento en la incidencia futura de CCR, realza la importancia de una pesquisa o tamizaje dirigido a prevenir o detectar tempranamente esta patología. Dentro de las medidas planteadas se encuentra el Test Inmunológico de Sangre Oculta en deposiciones cuantitativo (TSODi) y colonoscopia en aquellos positivos.

PALABRAS CLAVES

Dolor Abdominal, Diarrea, Neoplasias Colorrectales, Metástasis de la Neoplasia.

HALLAZGO NEOPLÁSICO INESPERADO EN SOSPECHA DE ABDOMEN AGUDO: TUMOR PANCREÁTICO EN PACIENTE JOVEN.

Autores y Tutores: Caro Parra Gonzalo Gabriel¹, Lagos Ortiz Cristobal Alonso¹, Muñoz Luna Valentín Ignacio¹, Moesicke Pichicón Camila¹, Vásquez Marín Camila¹, Leigh Gutiérrez Patricio Andrés².

- 1. Medicina, Universidad Mayor sede Temuco**
- 2. Médico Cirujano especialista Cirugía General**

INTRODUCCIÓN:

El abdomen agudo es una presentación clínica con un amplio espectro de diagnósticos diferenciales. Es importante considerar diagnósticos menos frecuentes como neoplasias intraabdominales. Los tumores pancreáticos pueden manifestarse inicialmente con síntomas inespecíficos. Entre ellos, el Tumor Sólido Pseudopapilar de Páncreas (TSPP) representa menos del 2% de los tumores pancreáticos, predominante en mujeres jóvenes y con clínica poco específica, requiriendo de exámenes complementarios para su estudio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta caso de mujer de 27 años, derivada desde hospital primario para evaluación quirúrgica por sospecha de abdomen agudo. Presenta dolor abdominal, distensión y mala respuesta a analgesia endovenosa. Ante duda diagnóstica, se realiza Tomografía Computada (TC) de abdomen y pelvis con contraste, revelando una masa pancreática en cuerpo y cola, con aspecto neoplásico, de 39 x 44 mm, sin signos de patología abdominal aguda. Pruebas de laboratorio en rangos normales. Se hospitaliza para estudio y manejo del dolor, complementando con Resonancia Magnética (RM) que describe características de tumor sólido pseudopapilar de páncreas, sin signos de diseminación. Tras reunión con equipo de cirugía biliopancreática, se decide proceder con pancreatocetomía corporocaudal más esplenectomía. Paciente con difícil manejo de dolor en controles. Actualmente a la espera de resolución quirúrgica y toma de biopsia.

DISCUSIÓN

Ante la manifestación inusual de abdomen agudo, se abrió un abanico de diagnósticos diferenciales a considerar. Gracias a las pruebas de imagen se inició un tratamiento adecuado e inicio de estudio de la masa tumoral. En este caso, la falta de signos de diseminación y la decisión de un seguimiento ambulatorio reflejan la importancia de un diagnóstico certero y un abordaje interdisciplinario en patologías complejas.

CONCLUSIÓN

El caso presentado subraya la importancia de considerar diagnósticos poco frecuentes en pacientes jóvenes con clínica de abdomen agudo, especialmente ante síntomas inespecíficos y clínica dudosa. Frente a la sospecha, cobra gran relevancia el estudio de imágenes, las cuales permiten establecer diagnóstico y orientar a un tratamiento adecuado, evitando así potenciales complicaciones.

PALABRAS CLAVES

Abdominal Pain, Pancreas, Neoplasms.

HERNIA DE AMYAND, UN RARO HALLAZGO INTRAOPERATORIO

Autores y Tutores: Salvo Gajardo Javiera Paz¹, Leal Aburto Alejandra Valentina¹, Manríquez Ulloa Constanza Valentina¹, Figueroa Torres Crystal Keila¹, Jara Cocío Luz Margarita¹, Cárdenas Madrid Cesar Augusto².

- 1. Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco**
- 2. Cirujano General**

INTRODUCCIÓN:

La hernia de Amyand (HA) es un raro tipo de hernia inguinal en la que el apéndice cecal se encuentra dentro del saco herniario. Su incidencia es menor al 1% y puede presentarse desde un hallazgo incidental asintomático durante una hernioplastia electiva hasta una apendicitis aguda perforada y abscesada en una hernia incarcerada. Se puede clasificar en 4 subtipos de acuerdo a Losanof y Basson. Su diagnóstico preoperatorio es infrecuente, realizándose generalmente en el intraoperatorio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 81 años con antecedente de hiperplasia prostática benigna, consulta tras presentar aumento de volumen inguinal derecho doloroso que al examen físico destaca exacerbación de este ante maniobras de valsalva, por lo que se decide resolución quirúrgica mediante hernioplastia inguinal derecha abierta. Exámenes de laboratorio preoperatorios dentro de rangos normales. Durante la intervención se identifica y disecciona el saco herniario, en el cual se encuentra el apéndice cecal firmemente adherido realizándose apendicectomía. Se corta saco herniario redundante y se reduce. Se instala malla de prolene fijándose al ligamento de cooper, se cierra aponeurosis y tejido subcutáneo. El paciente no presentó complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias al mes de la cirugía.

DISCUSIÓN

La HA puede presentar una amplia gama de síntomas, en este caso el paciente sólo presentó dolor inguinal asociado a aumento de volumen en valsalva y se detectó de manera incidental, concordante a lo expuesto en la literatura. De acuerdo a Losanof y Basson existen 4 subtipos, apéndice normal dentro de hernia inguinal, hernia con apendicitis infartada, hernia con perforación de apendicitis y complicaciones que incluyen absceso o malignidad. Este caso corresponde al subtipo 1, en el cual muchos autores recomiendan la reducción del apéndice como tratamiento, mientras que otros sugieren la apendicectomía, siendo este último lo realizado en este caso con evolución postoperatoria favorable y sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que la hernia de Amyand es una patología infrecuente, generalmente diagnosticada por hallazgo, cuyo manejo depende de cada caso.

PALABRAS CLAVES

Hernia Inguinal, Apéndice, Dolor Abdominal

HINTS VERSUS RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO DE FOSA POSTERIOR: REPORTE DE CASO

Autores y Tutores: Becker Jacques Bernardita Catalina¹, Cornejo Ayala Laura Fernanda¹, Valenzuela Matus Catalina Javiera¹, Pavani Bañados Giovanna Alessandra¹, Ernst Eccher Valentina¹, Ching Tirado Franco².

- 1. Medicina, Universidad Mayor de Santiago**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El Accidente cerebrovascular isquémico de fosa posterior (ACViFP) es un síndrome oclusivo que compromete las arterias vertebrales, basilar y/o cerebrales posteriores. Representa el 20% de los accidentes cerebrovasculares isquémicos (ACV). Presenta una clínica inespecífica con vértigo, diplopía, disartria, ataxia, nistagmus, y/o síndrome alterno, por lo que se puede confundir con un ACV anterior, dificultando su diagnóstico. Se ha visto que la mejor sensibilidad la tiene la Resonancia nuclear Magnética (RNM) con contraste, por lo que es la de elección para ACViFP. Sin embargo, tiene una sensibilidad subóptima, dando un 31% de falsos negativos en las primeras 24 horas. No obstante, se ha visto que el HINTS test tiene una sensibilidad mayor que la RNM en las primeras 24 horas para diagnosticar esta patología (97% vs 82% respectivamente).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 58 años, hipertenso, DM2, consulta al Servicio de Urgencias por cuadro de inicio súbito de un día de evolución caracterizado por vértigo, inestabilidad e hipoacusia. Al examen físico destaca disartria, reflejo corneal disminuido a derecha, facie con borramiento del surco nasogeniano derecho, nistagmus multidireccional, dismetría bilateral, marcha con aumento de base de sustentación. Romberg no realizado por inestabilidad. Exámenes de laboratorio generales normales, electrocardiograma normal y RNM Protocolo Stroke sin signos de lesión isquémica aguda.

Al impresionar vértigo central se sospecha ACViFP por lo que se hospitaliza e inicia neuroprotección. Luego de 72 horas de iniciado el cuadro, se solicitó una RNM con contraste que muestra una lesión isquémica aguda con compromiso pontino inferior lateral derecho.

DISCUSIÓN

Se ha visto que el HINTS test es una herramienta rápida y fácil de usar en pacientes que presentan un primer episodio de vértigo, dado que ayuda a pesquisar un ACViFP más precozmente que los estudios imagenológicos, incluso que la RNM.

CONCLUSIÓN

El ACViFP es una entidad infrecuente comparado a los de circulación anterior, presentan una clínica inespecífica y las imágenes son poco sensibles. Por esto, se debe tener un alto índice de sospecha, incluir el HINTS test en pacientes con vértigo, para así poder brindar un tratamiento precoz, disminuir la mortalidad y discapacidad en pacientes que lo presenten.

PALABRAS CLAVES

Accidente cerebrovascular isquémico de fosa posterior, Accidente cerebrovascular, Resonancia Nuclear Magnética

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A VIRUS DE INSUFICIENCIA HUMANA EN TRATAMIENTO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA.

Autores y Tutores: Bruck Concha Ilana Andrea¹, Cabello Cuéllar Javiera Sofía¹, Rojas Aguilera Cristian Joaquín¹, Alzérreca Albornoz Benjamín Ignacio¹, Kaufmann Isensee Sofía Raquel¹, Carstens Taub Javiera Valentina¹, Feres Sanhueza Emilio Andrés².

- 1. Medicina, Universidad de los Andes**
- 2. Médico Internista, Intensivista y Broncopulmonar**

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión pulmonar es una enfermedad progresiva definida por una presión arterial pulmonar media >20 mmHg por cateterismo derecho¹. La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) es uno de sus tipos, caracterizada por la remodelación hipertrófica de las arteriolas pulmonares, aumentando la resistencia vascular. Se asocia, entre otras etiologías, al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), siendo independiente del recuento de linfocitos TCD4. En pacientes con VIH, la prevalencia de HAP es de 0,5%, 25 veces superior respecto a la población general. La HAP y la disfunción del ventrículo derecho que genera se relaciona con una mayor mortalidad³. El tratamiento antirretroviral (TARV) y de la HAP ha mejorado su sobrevida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 38 años con VIH desde hace 3 años, en TARV desde el diagnóstico. Hace 2 años se le diagnosticó HAP, tratada con Sildenafil y Ambrisentan, con regular adherencia por costo. Acude a urgencias por disnea y disminución de capacidad funcional aguda. Ingresa con polipnea, desaturación y signos de deshidratación moderada. Refirió llevar 3 días con diarrea. Se hospitaliza para oxigenoterapia con cánula de alto flujo y diarrea por Clostridioides difficile. El examen físico mostró ingurgitación yugular, tercer ruido, crépitos bibasales y hepatomegalia. Electrocardiograma reveló bloqueo completo rama derecha. Carga viral indetectable y recuento de linfocitos TCD4 en 794 mm³. Por sospechar insuficiencia cardíaca (IC) se solicita ProBNP (6.211pg/ml) y ecocardiograma transtorácico: ventrículo derecho severamente dilatado con función sistólica deprimida (CAF 19%, TAPSE 1,5 cm), arteria pulmonar y ramas dilatadas, ventrículo izquierdo pequeño con una fracción de eyección del 45% por disincronía septal secundaria a sobrecarga de presión derecha.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de HAP en pacientes VIH(+) es complejo debido a síntomas inespecíficos y atribuibles a otras complicaciones. También hay dificultad en la adherencia al tratamiento por el alto costo. Esto lleva a un diagnóstico tardío y una progresión rápida.

CONCLUSIÓN

Este caso ilustra la rápida progresión de HAP a IC en un paciente VIH(+). Resalta la importancia de buscar activamente HAP en pacientes con síntomas respiratorios o cardíacos, y la necesidad de un tratamiento accesible y seguimiento continuo para mejorar resultados.

PALABRAS CLAVES

VIH, Hipertensión Arterial Pulmonar, Insuficiencia Cardíaca

HIPOACUSIA SÚBITA CON REMISIÓN TOTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Pradenas Neumann Benjamín Nicolás¹, Goldbaum Roizen Eithan¹, Zaninovic Abogabir Ignacio Andrés¹, Robles Laymuns Álvaro Francisco¹, Pérez Fuentes Magdalena Pía¹, Ponce Saavedra Andrés Antonio¹, Pradenas Cano Marcelo Andrés Enrique².

- 1. Medicina, Universidad de los Andes**
- 2. Médico cirujano, especialista Otorrinolaringólogo**

INTRODUCCIÓN:

La hipoacusia súbita (HS) es un trastorno de la audición considerada una urgencia médica que requiere una pesquisa y tratamiento precoz debido al gran impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados (pérdida auditiva y tinnitus). Se define como una hipoacusia neurosensorial de más de 30 Db en tres frecuencias audiométricas contiguas en un plazo de 72 horas. Se estima que una de cada 5000 personas sufrirá una HS de forma anual, aunque su incidencia podría ser mayor debido a que es una patología subdiagnosticada. Es idiopática en el 90% de los casos. No hay un tratamiento con evidencia categórica, dentro de las opciones destaca el uso de corticoides sistémicos y transtimpánicos, agentes antivirales y diuréticos, siendo los más utilizados los primeros dos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 65 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento consultó por pérdida de audición súbita y tinnitus ocasional de 1 semana de evolución. Trajo consigo examen del octavo par craneal extrasistema, que informa hipoacusia sensorioneural del oído izquierdo, donde destaca un deterioro tonal en las frecuencias 6000 Hz y 8000 Hz de 25 y 30 dB respectivamente.

Se solicitó resonancia magnética (RMN) de cerebro y se decidió hacer terapia con corticoides transtimpánica, dexametasona 4 mg, 3 dosis. La primera administrada el 25/08/23, segunda 30/08/2023 y la última el 01/09/2023. Se tomó audiometría de control 08/09/2023, que evidencia una recuperación total de la audición con equiparación con el oído contralateral y disminución del tinnitus.

No se realizó RMN solicitada

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La hipoacusia es una patología considerada una urgencia médica con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, pese a esto no existe una terapia definitiva, hay opciones que se pueden utilizar para resolver estos casos. Por esto es importante una sospecha y tratamiento precoz.

PALABRAS CLAVES

Sudden Hearing Loss , Transtympanic steroid treatment, Hearing Disorders

HIPONATREMIA CRÓNICA ASOCIADA AL USO DE CARBAMAZEPINA EN ADULTOS MAYORES CON EPILEPSIA.

Autores y Tutores: Alcaíno Navarro Javier Patricio¹, Gutiérrez Calquín Leticia Belén², Franzani Alarcón Fernanda Macarena¹, Núñez Espinoza Carola Sol¹, Calquín Labra Mateo³, Pérez Infante Vaitiare Anabelle¹, Núñez Águila Luis Orlando⁴.

- 1. Interno de medicina, Universidad de Talca.**
- 2. Interna de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.**
- 3. Estudiante de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.**
- 4. Médico Neurólogo Hospital de Curicó.**

INTRODUCCIÓN:

La carbamazepina es uno de los fármacos antiepilépticos (FAE) de elección para el tratamiento de la epilepsia focal. La hiponatremia se presenta en el 4 al 40 por ciento de los usuarios de este fármaco, siendo factores de riesgo la edad mayor a 40 años, niveles plasmáticos elevados de carbamazepina, uso concomitante de otros FAE y el sexo femenino. Se cree que la hiponatremia secundaria a carbamazepina es asintomática; sin embargo, casi la mitad de los pacientes presenta síntomas, y de estos, un 3% requiere hospitalización.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 72 años, con antecedente de epilepsia en tratamiento con carbamazepina desde hace 10 años. Consulta por astenia, adinamia, somnolencia y caídas de 3 años de evolución. Se solicitan exámenes donde destaca resonancia magnética de cerebro y electroencefalograma normales, nivel plasmático de carbamazepina normal, función renal conservada e hiponatremia moderada. Se sospecha hiponatremia secundaria a carbamazepina, por lo que se disminuye su dosis. Al mes, refiere cese de síntomas y la natremia se normaliza.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La hiponatremia crónica secundaria a carbamazepina causa mareos, inestabilidad, caídas, confusión leve y trastornos de la concentración y atención. Estos síntomas a menudo se atribuyen al trastorno subyacente u otras comorbilidades, o se reconocen como efecto adverso directo del fármaco. El tratamiento de la hiponatremia crónica mejora la función neurocognitiva y neuromuscular, lo que justifica la importancia de su reconocimiento.

Dado el amplio uso de la carbamazepina, el médico debe conocer que la hiponatremia es un efecto adverso común y mantener un bajo umbral de sospecha ante la aparición de síntomas neurológicos.

PALABRAS CLAVES

Adulto Mayor, Carbamazepina, Evento Adverso, Hiponatremia

IMPACTO DEL PÉNFIGO GESTACIONAL EN EL PRONÓSTICO PERINATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Guglielmetti Macchiavello Francesca¹, Dünner Constanzo Aline¹, Bravo Alarcón Javier Cristóbal¹, Vargas Valdivia Víctor Manuel¹, Guglielmetti Valenzuela Antonio².

- 1. Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Casa Central.**
- 2. Dermatólogo, Jefe de la cátedra de Dermatología de la Universidad de Valparaíso,**

INTRODUCCIÓN:

El pénfigo gestacional (PG) es una dermatosis ampollar autoinmune infrecuente del embarazo, principalmente en el segundo y tercer trimestre. Se manifiesta con placas eritematosas anulares que evolucionan a ampollas y vesículas pruriginosas. Los recién nacidos suelen presentar afectación exclusivamente cutánea; sin embargo, el PG se asocia a malos resultados perinatales, incluyendo restricción de crecimiento fetal (RCF) y parto prematuro. El diagnóstico es clínico y se confirma con biopsia cutánea. El tratamiento es con corticoides y tiende a remitir posterior al parto. Se abordará la presentación clínica del PG y su asociación con resultados perinatales adversos, para aumentar la sospecha clínica y promover el tratamiento precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años, múltipara de uno, cursando embarazo de 26 semanas con RCF severa y Doppler fetal alterado, sin antecedentes en embarazo previo. Consulta a dermatólogo por lesiones pruriginosas de dos semanas de evolución. Al examen físico se observa erupción ampollar herpetiforme generalizada compatible con PG. Al laboratorio destacan marcadores autoinmunes negativos y velocidad de sedimentación globular elevada. La paciente refiere disminución de la percepción de movimientos fetales, por lo que se deriva a hospital para evaluación obstétrica. A pesar de no presentar cambios ecográficos, se decide hospitalizar para iniciar tratamiento con corticoides sistémicos y control ecográfico seriado. A las 29 semanas de gestación, presenta flujo reverso en ductus venoso, requiriendo interrupción del embarazo por vía alta. El recién nacido pesó 421 gramos y falleció a las 24 horas de vida. La paciente continuó tratamiento y las lesiones remitieron tras dos semanas.

DISCUSIÓN

El PG se asocia a eventos perinatales adversos, principalmente a RCF. Aunque en el caso expuesto hay múltiples factores que influyen en el desenlace, la presentación del PG marca un mal pronóstico perinatal, por lo que debería considerarse como un factor de riesgo obstétrico que requiere diagnóstico y manejo oportuno.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de un embarazo con RCF severa con diagnóstico de PG con mala evolución obstétrica. Si bien se requieren más estudios para establecer una conexión definitiva entre estas patologías, discutir estos casos puede estimular investigaciones adicionales para prevenir eventos adversos asociados.

PALABRAS CLAVES

Pemphigoid Gestationis, Fetal development, Fetal growth retardation, Perinatal mortality

Implicancias de la Dermatomiositis en el embarazo. A propósito de un caso.

Autores y Tutores: Dünner Constanzo Aline¹, Guglielmetti Macchiavello Francesca¹, Sapunar Valencia Nicolas Andrés¹, Alberto Gonzalez Gonzalez Miguel Angel Gabriel¹, Guglielmetti Macchiavello Micaela².

- 1. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Casa Central.**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria autoinmune, con una prevalencia de 1/10.000-50.000, siendo más frecuente en mujeres (2:1). Se caracteriza por debilidad muscular proximal y simétrica, y distintas manifestaciones cutáneas. Puede generar alteraciones a nivel sistémico (pulmonares, cardiovasculares y metabólicas), y en el embarazo, aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas. Este último riesgo es directamente proporcional a la actividad de la enfermedad, y es aún mayor si se manifiesta por primera vez en el embarazo. Dentro de las complicaciones se describen pérdidas fetales, prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. El embarazo asociado a dermatomiositis es infrecuente, principalmente porque el pico de presentación de esta última es en promedio a los 50 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 24 años, primigesta, con antecedente de dermatomiositis. Presentó brotes en la adolescencia y se encontraba sin tratamiento al momento del embarazo. A las 22 semanas de gestación (SG), se pesquiso un cuello uterino corto (CUC) de 10 milímetros en ecografía, asociado a dolores musculares en cintura escapular y eritema palpebral leve, por lo que fue hospitalizada para maduración con corticoides, cerclaje, amniocentesis y evaluación por reumatología. La paciente se negó a los últimos 2 procedimientos, y solicitó el alta voluntaria, por lo que tampoco fue evaluada por la especialidad. Posteriormente, fue hospitalizada a las 29 SG por un CUC de 0 milímetros. Se realizó amniocentesis y exámenes de rutina que resultaron normales y la paciente solicitó nuevamente el alta.

DISCUSIÓN

La dermatomiositis es una enfermedad infrecuente, especialmente en mujeres en edad reproductiva, por lo que su asociación con el embarazo es una situación inusual, que está asociada a distintos riesgos obstétricos. En el caso presentado, pese a que la actividad de la enfermedad estaba controlada antes del embarazo, la paciente presentó signos clínicos de dermatomiositis, un CUC inicialmente, que progresó hasta 0 milímetros.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que la estabilidad inicial de la enfermedad no descarta la aparición de complicaciones significativas durante la gestación, lo que resalta la necesidad de un monitoreo cercano, para minimizar los riesgos inherentes a este tipo de embarazos.

PALABRAS CLAVES

Dermatomyositis, Preterm Birth, Pregnancy

IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN TUBERCULOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Bertuzzi Covili Yarella Andrea¹, Cerda García Nicolás Franco¹, Aguayo Alarcón María José¹, Quintana Alvarez Fernando Andrés¹, Bertuzzi Covili Angela Micaella².

- 1. Medicina, Universidad San Sebastián Sede Concepción.**
- 2. Medico General**

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida vía aérea y de compromiso principalmente pulmonar. En Chile tiene una mortalidad de 1,2 cada 100.000 habitantes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 31 años, fumador y usuario ocasional de alcohol, marihuana y cocaína.

Consulta el 26/02/2023 en el Hospital de Los Ángeles por disnea, mialgias, tos, diaforesis nocturna, pérdida de peso y fiebre intermitente. Radiografía torácica con derrame pleural izquierdo y atelectasia. Toracocentesis diagnóstica con exudado mononuclear, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Mycobacterium Tuberculosis* y cultivos negativos. En sangre Proteína C reactiva 190 mg/dL y Leucocitos 7.810/dL. Se hospitaliza para estudio.

Tomografía computada torácica informa Moderado derrame pleural izquierdo y engrosamiento pleural. Estudio de líquido pleural con Adenosina deaminasa 90 U/L y pruebas negativas para *Mycobacterium tuberculosis* (PCR, Baciloscopia). Por sospecha clínica se inicia tratamiento antituberculoso y se da de alta, rescatando posteriormente cultivo de Koch en líquido pleural positivo. Completa 130 dosis de tratamiento, con buena respuesta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El diagnóstico de tuberculosis es clínico, imagenológico y microbiológico confirmatorio. Sin embargo, 10-15% de las tuberculosis pulmonares y 50% de formas extrapulmonares van a presentar microbiología negativa, adquiriendo especial importancia la sospecha clínica.

Se presenta un paciente con pruebas iniciales negativas y clínica sugerente, iniciándose tratamiento precoz y posteriormente se confirma diagnóstico microbiológico. Esto destaca la importancia de la clínica para sospecha, tratamiento precoz y prevención de secuelas, especialmente en presencia de factores de riesgo, como tabaquismo y consumo de sustancias.

PALABRAS CLAVES

Derrame pleural, Tuberculosis, Reacción en Cadena de la Polimerasa

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PARAPARESIA ESPÁSTICA TROPICAL POR HTLV-1, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Duque Saavedra Angela Valeria¹, Riquelme Traipi Cristóbal Hernan¹, Reyes Rodríguez Gustavo Simón¹, Gutiérrez Vega Rosita Lydia¹, Grandjean Marcela².

- 1. Medicina, Universidad de la Frontera**
- 2. Neuróloga Adulto**

INTRODUCCIÓN:

La infección por el virus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1), se considera endémica en Chile con una seroprevalencia de 0.19-0.24% en donantes de sangre en distintas regiones del país. Generalmente causa infecciones crónicas asintomáticas, sin embargo, el 3-5% de los infectados desarrollarán una enfermedad sintomática. La infección se ha asociado principalmente con leucemia-linfoma T del adulto (LTA) y a la paraparesia espástica tropical (PET), la cual corresponde a una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central. En la PET se produce una debilidad espástica progresiva de las extremidades inferiores, dolor lumbar y disfunción intestinal y vesical. Algunos diagnósticos diferenciales incluyen la mielopatía cervical degenerativa, estenosis espinal lumbar, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la degeneración combinada subaguda. Actualmente no existe un tratamiento específico para la PET.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 47 años con cuadro de 8 meses de evolución caracterizado por debilidad y alteración de la marcha, pérdida de masa muscular y coxoartralgia derecha, sin disfunción intestinal o vesical, sin otros síntomas asociados. Al examen físico destaca una tetraparesia caracterizada principalmente por espasticidad, hiperreflexia, clonus, reflejo plantar extensor bilateral, hipoestesia y marcha espástica. En laboratorio destaca una Vitamina B12 de 279 pg/ml, test de ureasa positivo y serología de HTLV-1 reactiva. Resonancia magnética lumbar y cervical sin evidencia de raquiestenosis ni lesiones medulares, scanner abdomen y pelvis sin evidencia de neoplasias y electromiografía con estudio de electroconducción sin signos sugerentes de ELA. Se atribuye cuadro clínico a infección por HTLV-1. Se maneja con cargas de vitamina B12, kinesioterapia, tratamiento para H. pylori y betametasona intramuscular. Es dada de alta con control y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La PET es una patología poco frecuente, sin embargo puede limitar la calidad de vida. La sospecha temprana es vital para descartar diagnósticos diferenciales devastadores, como por ejemplo ELA, y para realizar un adecuado seguimiento de complicaciones como la LTA. Hay que considerar que determinados fenotipos muestran característicamente estudios electrofisiológicos normales en los primeros meses o años de la ELA, por lo que es necesario un estrecho seguimiento.

PALABRAS CLAVES

Human T-lymphotropic virus 1, Paraparesis, Tropical Spastic, Amyotrophic Lateral Sclerosis.

INCIDENTALOMA ADRENAL BILATERAL EN PACIENTE JOVEN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL: REPORTE DE CASO.

Autores y Tutores: Zamora Marín César¹, Briceño Muga Fernando¹, Carreño Legua Claudia¹, Córdova De Halleux Vinzenz¹, Matta Cordero Belén¹, Loyola Prado Germán¹, Gerasch Aránguiz Tania².

- 1. Medicina Universidad de Valparaíso**
- 2. Médica Internista.**

INTRODUCCIÓN:

Un incidentaloma adrenal es una masa mayor a 1 cm ubicada en la glándula suprarrenal que es detectada en un examen imagenológico tomado por otro motivo, siendo bilateral el 10% de los casos. Su prevalencia es de 2%, aumentando con la edad. Existen etiologías benignas y malignas, siendo importante descartar las últimas en presencia de factores de riesgo. La resección quirúrgica está recomendada en sospecha de malignidad o masas de carácter indeterminado en embarazadas y menores de 40 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente sexo femenino de 24 años con antecedentes de gota y policonsumo de drogas consulta en urgencias por síntomas de pielonefritis aguda, confirmada mediante examen de orina, urocultivo y tomografía computada (TC) sin contraste, evidenciándose además, lesiones nodulares en ambas glándulas suprarrenales, de mayor tamaño en asta medial derecha. A la anamnesis dirigida, refiere hirsutismo, dificultad para bajar de peso e hipertensión arterial (HTA) de larga data. Se inicia el estudio del incidentaloma por sospecha de Síndrome de Cushing e HTA secundaria. TC con contraste informa nódulo de 4 cm con más de 25 unidades Hounsfield (UH). El Test de Nugent resulta positivo, confirmándose la funcionalidad del incidentaloma y sospechándose carcinoma adrenocortical. Se solicitan metanefrinas urinarias, cortisol libre urinario, adenocorticotropina, cortisol salival nocturno, dehidroepiandrosterona, y renina/aldosterona plasmáticas, pruebas que se encuentran pendientes al tener que solicitarse en extrasistema. Es dada de alta con cuadro infeccioso resuelto y derivada a endocrinología y urología para seguimiento y cirugía.

DISCUSIÓN

Según la última evidencia, los incidentalomas deben estudiarse para descartar causas malignas, cuando poseen >10 UH (independiente del tamaño), si hay clínica sugerente de funcionalidad o sospecha de HTA secundaria, criterios que cumplía esta paciente, siendo la clínica tan relevante como los hallazgos imagenológicos. Parece relevante plantear la necesidad de nuevos marcadores diagnósticos que simplifiquen el estudio funcional.

CONCLUSIÓN

Los incidentalomas, pese a su baja prevalencia, pueden ser malignos y/o tener implicancias a nivel cardiovascular, siendo importante su adecuado estudio, ya que al no biopsiarse en la mayoría de los casos, es primordial la clínica y los estudios complementarios para predecir su malignidad y, con ello, su pronóstico y mortalidad.

PALABRAS CLAVES

Incidentaloma adrenal, Síndrome de Cushing, hipertensión arterial secundaria, carcinoma adrenocortical.

INFERTILIDAD PRIMARIA POSTERIOR A TRAQUELECTOMÍA.

Autores y Tutores: Gleisner Bestwick Josefa¹, Nova Jarpa Fernanda Catalina¹, Mesina Vilugrón Ítalo¹, Figueroa Loyola Ignacio¹, Coloma Durán Lukas², Sánchez Jara Pedro Enrique³.

1. **Medicina, Universidad Andrés Bello**
2. **Medicina, Universidad San Sebastián**
3. **Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología**

INTRODUCCIÓN:

La infertilidad primaria ocurre en parejas, sin embarazos previos, que han intentado concebir durante al menos un año, o 6 meses en mujeres mayores de 35 años, sin éxito. Por otra parte, la traquelectomía radical es una técnica quirúrgica utilizada en cáncer de cérvix en estadios precoces, es decir, mientras se encuentra confinado al cuello uterino (IA o IB) que consiste en extirpar el cuello uterino, conservando el cuerpo del útero, permitiendo preservar la fertilidad de la mujer. Sin embargo, se han reportado un 41% de casos de infertilidad post quirúrgica, secundaria en un 15% de los casos a estenosis cervical.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 26 años, nuligesta, con antecedente de carcinoma epidermoide de cuello uterino de menos de 4 cm (IB), erradicado mediante traquelectomía en enero de 2022. Actualmente en controles por infertilidad primaria de 2 años, con examen físico, perfil hormonal y ecografía transvaginal normales. En especuloscopia se evidencia un cuello plano, sin orificio cervical externo (OCE) visible. Se sospecha estenosis postquirúrgica del canal de ingreso a cavidad uterina, por lo que se plantea permeabilización quirúrgica mediante cono LEEP para eventual fertilización asistida, procedimiento que se realizó en mayo del 2024. En la reevaluación en policlínico, el orificio cervical se encontró permeable por lo que se planificó una histerosalpingografía y posterior inseminación intrauterina. De lograr embarazo se plantea cerclaje abdominal.

DISCUSIÓN

La infertilidad primaria de dos años que experimenta esta paciente subraya una complicación postquirúrgica significativa: la estenosis cervical. Este escenario plantea un desafío clínico, ya que la preservación de la fertilidad, aunque posible, no siempre garantiza la capacidad de concebir sin intervención adicional. En este caso el tratamiento quirúrgico fue adecuado para abordar la obstrucción mecánica y permitir la continuación de estudios de fertilidad.

CONCLUSIÓN

Es fundamental evaluar los riesgos y beneficios de la traquelectomía radical. Asimismo, la detección temprana de complicaciones es crucial para planificar intervenciones adecuadas que permitan cumplir el objetivo inicial del procedimiento: mantener la capacidad reproductiva.

PALABRAS CLAVES

Infertilidad, Traquelectomía, Displasia del Cuello del Útero

INSUFICIENCIA RENAL POR OBSTRUCCIÓN URETERAL BILATERAL DEBIDO A UN SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO RETROPERITONEAL, REPORTE DE CASO.

Autores y Tutores: Ruiz Espinosa Tomás José¹, Gardeweg Páez Vicente Malaquías¹, Domínguez Zegers Paula¹, Aguirre Delaveau Juan Pablo¹, Pumarino Lira Sofía Catalina¹, Catalán Ancic Gabriel Alejandro².

- 1. Medicina, Universidad del Desarrollo**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia renal aguda (IRA) puede causarse por alteración de la perfusión renal, lesiones del parénquima renal o por obstrucción de la vía urinaria. Las uropatías obstructivas causan alrededor del 10% de los casos de IRA, generalmente por patologías prostáticas o vesicales. Las causas ureterales deben ser bilaterales para causar falla renal. Se presenta un caso inusual de una IRA por obstrucción ureteral bilateral secundaria a un linfoma retroperitoneal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución de náuseas, astenia y debilidad generalizada. Negaba dolor lumbar o hematuria. Ingresó hemodinámicamente estable, bien hidratado. Al examen físico destacaba edema en ambas extremidades inferiores, sin globo vesical palpable. Al laboratorio se apreció anemia con hemoglobina de 9.9 g/dL sin alteración de otras líneas hematológicas, y falla renal con requerimiento de hemodiálisis. Se estudió causa post renal con tomografía computarizada contrastada, donde se observaban lesiones nodulares perirrenales izquierdas de aspecto neoplásico, con compromiso ureteral bilateral posiblemente parietal, que determinaban leve hidroureteronefrosis bilateral. Se observaban múltiples adenopatías lumboaórticas izquierdas de hasta 3 cm e ilíacas izquierdas de hasta 2 cm. Inicialmente se trabaja bajo la sospecha de un cáncer urotelial alto. Cistoscopia descartó lesiones vesicales y pielografía ascendente evidencia hidronefrosis moderada bilateral con patrón de obstrucción extrínseca. Se instalaron catéteres ureterales en ambos uréteres, evolucionando con poliuria post obstructiva. Se tomó biopsia de masa retroperitoneal por punción guiada ecográficamente, que informaba proliferación de células linfoides atípicas con patrón de crecimiento difuso. El análisis inmunohistoquímico demostró un linfoma difuso de células grandes B de alto grado.

DISCUSIÓN

La principal causa de obstrucción ureteral bilateral se relaciona a neoplasias malignas, ya sea por obstrucción intrínseca o extrínseca. Generalmente se casuan por metástasis periureterales o adenopatías retroperitoneales, tanto de tumores urológicos como no urológicos. Los casos reportados de estenosis ureteral bilateral por linfomas u otras enfermedades neoplásicas hematológicas son raros.

CONCLUSIÓN

Debe considerarse un síndrome linfoproliferativo retroperitoneal como diagnóstico diferencial en caso de obstrucción ureteral bilateral asociado a nódulos retroperitoneales y adenopatías.

PALABRAS CLAVES

Diffuse large B-cell lymphoma, Renal insufficiency, Ureteral obstruction

Intoxicación por rodenticidas: A propósito de un caso.

Autores y Tutores: Hidalgo Aravena, D¹, Marticorena Vera, C¹. Varas Vargas, F¹. Inzunza Fernández, C¹. Valenzuela Rojas, M¹. Mora León, F². Vergara Fernández, A³

- 1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile**
- 2. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile**
- 3. Becado 3er año Medicina interna Universidad Mayor**

INTRODUCCIÓN:

Los rodenticidas son sustancias químicas empleadas para controlar poblaciones de roedores en entornos agrícolas y domésticos. Entre los tipos de rodenticidas, se destacan los anticoagulantes, que se dividen en primera y segunda generación (superwarfarinas). Las superwarfarinas son anticoagulantes de larga duración que pueden causar intoxicaciones agudas en humanos, manifestándose desde asintomáticos hasta sangrados mortales. En Chile, se utilizan formulaciones con bajas concentraciones de anticoagulante de larga duración y benzoato de denatonio para prevenir la ingesta accidental. Las intoxicaciones por superwarfarinas son mayormente accidentales (92%).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente de 43 años sin antecedentes de importancia consultó en urgencias por un cuadro de tres días de edema en las extremidades inferiores, equimosis generalizada y episodio de hipermenorrea 48 horas antes, asociado a malestar general, disnea y astenia. A su ingreso, se observó taquicardia, equimosis y edema en las extremidades, pruebas de coagulación alterada, anemia microcítica hipocrómica, sin alteraciones plaquetarias. La tomografía reveló posible mioma submucoso y quiste anexial derecho. Se descartaron causas ginecológicas, autolesiones e infecciones. Durante su estadía recibió tratamiento con glóbulos rojos, plasma fresco congelado, vitamina K y ceftriaxona. Ante la falta de coagulabilidad en las muestras, se realizó una prueba de mezcla con ausencia de inhibidor que reveló disminución de factores dependientes de vitamina K, indicando posible exposición a rodenticidas. Tras confirmar el contacto con rodenticidas, se administraron altas dosis de vitamina K, mejorando las pruebas de coagulación. La paciente fue dada de alta con seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

La toxicidad por rodenticidas es una preocupación de salud pública por su diversidad de mecanismos de acción. Las superwarfarinas inhiben la vitamina K epóxido reductasa, afectando factores de coagulación dependientes de vitamina K. Tienen alta afinidad por el tejido hepático y adiposo, dificultando su eliminación. En Chile, la incidencia ha disminuido debido a la reducción del uso de plaguicidas durante la pandemia.

CONCLUSIÓN

La intoxicación por rodenticidas es infrecuente, pero con alta mortalidad, por eso la importancia de considerarla en diagnósticos diferenciales. El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son cruciales para un buen pronóstico. Medidas preventivas y educativas son esenciales para reducir las intoxicaciones, especialmente en niños.

PALABRAS CLAVES

Intoxicación, rodenticidas, coagulación

LA CADENA DE COMPLICACIONES: DE OTITIS EXTERNA A MENINGITIS BACTERIANA AGUDA CON ABSCESO VENTRICULAR.

Autores y Tutores: Fernández Mena Carolina¹, González Placencia Manuel¹, Fuentes Banz Carlos¹, Orellana Fernández Nicolás¹, Labra Fidanza Santiago², Cornejo Muñoz Alejandra Carolina³

1. Interno de 7º Medicina, Universidad Andrés Bello
2. Interno de 7º Medicina, Universidad de Concepción
3. Médico Cirujano

INTRODUCCIÓN:

La meningitis bacteriana es la inflamación aguda de las meninges causada por infecciones microbianas. Aunque la etiología viral es más prevalente, la bacteriana es más grave (1) La triada clásica incluye fiebre, rigidez de cuello y alteración del estado mental. El tratamiento antibiótico debe iniciarse lo más precoz, para evitar complicaciones graves como el absceso ventricular, que es la acumulación de pus en los ventrículos cerebrales. La incidencia anual varía entre 4 a 11 casos por millón en países desarrollados. En Chile, no hay datos precisos. Este caso ilustra un paciente con otitis externa que desarrolló meningitis bacteriana aguda, complicándose con un absceso ventricular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica, consultó por otalgia derecha, sensación de mareo y pérdida de equilibrio de dos semanas. La otoscopia mostró un tímpano sano, pero otorrea purulenta y conducto auditivo externo eritematoso y doloroso. Se inició tratamiento con ciprofloxacino ótico. Posteriormente, presentó confusión y somnolencia, por lo que se realizó una tomografía computarizada de cerebro que no mostró lesiones agudas. Días después, presentó rigidez de nuca, sopor superficial, bradipsiquia y reflejos exaltados. La punción lumbar y cultivos confirmaron meningitis bacteriana, con abundantes leucocitos y un hemocultivo positivo para bacilo gram negativo. Por lo anterior, inició tratamiento antibiótico empírico por 14 días, sin embargo, por falta de mejoría clínica, se realizó resonancia nuclear magnética (RNM) que reveló un absceso ventricular, extendiéndose el tratamiento antibiótico por 6 semanas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este caso ilustra la complejidad de la meningitis bacteriana en pacientes ancianos con comorbilidades. La progresión de otitis externa a meningitis bacteriana es rara, siendo más frecuente ser ocasionada por una otitis media (3). Por otra parte, la extensión del tratamiento antibiótico fue crucial para el manejo del absceso, así como su confirmación diagnóstica oportuna mediante TC y/o RM (4). Finalmente, este caso resalta la importancia de una vigilancia clínica rigurosa e identificación temprana de complicaciones para mejorar los resultados.

PALABRAS CLAVES

Absceso ventricular, Meningitis bacteriana, Otitis externa

LIPOMA DE COLON TRANSVERSO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Acevedo Aguilar Francisca Alejandra¹, Valenzuela San Román Jesús Antonio¹, Alcaíno Navarro Javier Patricio¹, Gutiérrez Calquín Leticia Belén², Franzani Alarcón Fernanda Macarena¹, Núñez Espinoza Carola Sol¹, Fernández Palma Joaquín Alonso³, Antequera Velásquez Luis Gerardo⁴

- 1. Medicina, Universidad de Talca.**
- 2. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.**
- 3. Médico Cirujano**
- 4. Médico Cirujano, Especialista en Cirugía General**

INTRODUCCIÓN:

Los lipomas son neoplasias no epiteliales que constituyen el segundo tumor benigno más frecuente del colon. Cuando son pequeños son frecuentemente asintomáticos, no precisan tratamiento y se diagnostican de forma casual en colonoscopias. Los lipomas gigantes pueden originar sangrado, obstrucción intestinal o diarrea y, excepcionalmente, intususcepción.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 40 años, sin antecedentes médicos descritos. Apendicectomía y ooforectomía derecha por patología benigna. Consultó en Urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, localizado en mesogastrio y flanco izquierdo (FI), EVA 10/10, de una semana de evolución, asociado a náuseas y vómitos abundantes. Al examen físico destacaba álgica, abdomen doloroso a palpación superficial y profunda en mesogastrio y FI. Laboratorios destacan elevación discreta de parámetros inflamatorios e infecciosos. Tomografía Abdomen y Pelvis con contraste reporta invaginación colónica en FI de 6,5 centímetros aproximadamente, tejido con densidad grasa macroscópica intraluminal en asas intestinales distales a la invaginación que alcanza un tamaño de aproximadamente 4,2 x 2,8 cm. Se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona + metronidazol y se hospitalizó para resolución quirúrgica de urgencia. Se realizó Colectomía subtotal proximal con anastomosis ileosigmoidea. Hallazgos describen tumor firme que ocupa lumen colónico de 12 cm de longitud en colon transversal distal, sin invaginación. Sin evidencia de metástasis ni adenopatías. Paciente evolucionó satisfactoriamente los primeros 5 días, donde por peak febril requirió reintervención con hallazgos de dehiscencia de anastomosis. Posteriormente se mantuvo en observación con evolución clínica favorable. Se recibió en policlínico biopsia con presencia de tumor lipomatoso benigno de colon transversal, con infarto hemorrágico, descartando neoplasia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El 70% de los Lipomas se localizan en el ciego y colon ascendente con escasa tendencia a la malignización. Su etiología es desconocida, se postula la irritación crónica y la inflamación como responsables de su aparición (3). Las características clínicas pueden simular un cuadro maligno, por lo que el mayor desafío es confirmar el diagnóstico preoperatorio y así poder diferenciarlos. Para los tumores sintomáticos o con una complicación asociada, la cirugía es el tratamiento de elección (4). Sin embargo, el diagnóstico final es confirmado por anatomía patológica.

PALABRAS CLAVES

Colectomy, Colonic Neoplasms, Intestinal Obstruction, Lipoma, Transverse Colon.

Lluvia embólica secundaria a trombo intracavitario en paciente con elevado riesgo tromboembólico

Autores y Tutores: Pumarino Lira Sofía Catalina¹, Ruiz Espinosa Tomás José¹, Aguirre Delaveau Juan Pablo¹, Gardeweg Paez Vicente Malaquías¹, Dominguez Zegers Paula¹, Huerta Valdebenito Paula Andrea².

1. **Medicina, Universidad del Desarrollo**
2. **Médico Cirujano, Universidad del Desarrollo**

INTRODUCCIÓN:

La trombosis del ventrículo izquierdo (TVI) es una entidad poco frecuente, pero con un riesgo embólico cerebral y sistémico elevado de hasta un 28%. Una de las causas es la insuficiencia cardíaca (IC) por una disminución de la contractilidad del ventrículo izquierdo (VI). A continuación se presenta el caso de un paciente con múltiples factores de riesgo tromboembólico (TE) asociado a IC, que desarrolla embolia sistémica por trombo endocavitario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 58 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal en hemodiálisis, Guillain Barre secuelado con tetraparesia y quemadura en región genital semanas previas. Presenta historia de compromiso del estado general de 3 semanas, baja de peso de 8 kg, anorexia de 5 días y dolor torácico persistente de carácter indeterminado.

Ingresa hemodinámicamente estable, examen cardiopulmonar sin alteraciones y sin nueva focalidad al examen neurológico.

ECG evidencia elevación del punto J en V2-V3. Al laboratorio destaca plaquetas 87.000, PCR 90 mg/L, INR 2,18, troponina T 411.

Se realiza AngioTC de tórax, abdomen, pelvis y extremidades inferiores que informa cardiomegalia global con presencia de TVI, tromboembolismo pulmonar multisegmentario, infarto esplénico y renal izquierdo, y oclusión trombótica de la arteria iliaca común e interna izquierdas.

Durante hemodiálisis desarrolla fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, con buena respuesta a terapia farmacológica. Dado no presentar antecedente de IC, se realizó ecocardiograma transtorácico que mostró enfermedad de tres vasos, insuficiencia mitral y aórtica severa, fracción de eyección de VI 15-20%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La disfunción de VI, IC congestiva y el estado protrombótico son los mecanismos fisiopatológicos más relevantes en la TVI. Este paciente presenta múltiples factores de riesgo TE asociado a una disfunción sistólica importante que probablemente determinaron la formación de TVI y posteriormente una embolia sistémica.

Si bien la incidencia de TVI es reducida, es una complicación relevante de la IC, especialmente en presencia de otros factores de riesgo TE, dado el elevado riesgo de embolia sistémica, por lo que debe manejarse precoz y oportunamente.

PALABRAS CLAVES

Embolism / complications, Heart Ventricles / diagnostic imaging, Embolism and Thrombosis

LOXOSCELISMO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Ernst Eccher Valentina¹, Jiménez Zenteno Carolina², Jiménez Zenteno Cristina Alejandra², Rojas Sánchez Elena Emperatriz², García Marrero Paula², Calvert Perales Yohann³,

- 1. Interna de Medicina, Universidad Mayor de Santiago**
- 2. Interna de Medicina, Universidad San Sebastián de Santiago**
- 3. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La mordedura de araña de rincón es un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencia (SU) de Chile. Produce un cuadro severo con manifestaciones cutáneas y sistémicas. El veneno tiene efecto cutáneo-necrosante, vasculítico, hemolítico, y coagulante. Existe el loxoscelismo cutáneo necrótico (80% de los casos), cutáneo edematoso (5%) y cutáneo visceral (LCV) (10-15%). Este último, con una letalidad del 1-3%, dependiendo del manejo de soporte oportuno mediante vigilancia de aparición de síntomas y signos sugerentes de LCV las primeras 24-48 horas. Se recomienda hielo local, antiinflamatorios, antihistamínicos y curaciones seriadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 13 años sin antecedentes, presenta cuadro de 5 días de 2 lesiones en 4° y 5° dedos de su mano derecha asociado a edema progresivo, dolor y prurito. Es derivada a SU desde atención primaria por hematuria en urotest, posterior a recibir analgesia y dexametasona. Ingres a buen estado general, niega otra sintomatología. Se solicitan exámenes, destacando únicamente hematuria microscópica, por lo que se determina sin criterio quirúrgico y se hospitaliza para estudio. Cursa con signos de infección local en lesiones, las cuales evolucionaron con halo violáceo y borde eritematoso, por lo que se indica antibioticoterapia con cefadroxilo y mupirocina 2%, con posterior mejoría. Se controló con sedimento urinario y OC, que nuevamente resultó con hematuria microscópica sin cilindros, manteniéndose asintomática. En controles posteriores desaparece la hematuria, por lo que se da de alta con indicación de ecografía renal ambulatoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se presume un LCV, sin embargo, en este caso destaca la incógnita diagnóstica. Pues presenta hematuria microscópica como única alteración de laboratorio y una presentación de picadura poco habitual en distintos dedos. A pesar de que evolucionó con placa livedoide, no hay un examen que confirme el diagnóstico. Es un cuadro potencialmente grave, por lo que resulta imprescindible una adecuada anamnesis y examen físico. En este caso, el prurito y la hematuria fueron elementos de alarma. Además, es importante buscar otras causas de hematuria en la paciente. Por último, se debe educar sobre medidas de prevención como limpiar y ordenar vivienda, evitando un ambiente propicio para arañas.

PALABRAS CLAVES

Edema, Hematuria, Loxoscelismo, Prurito.

LUXACION DEL SEMILUNAR BILATERAL, REPORTE DE UN CASO.

Autores y Tutores: Valenzuela San Román Jesús Antonio¹, Cifuentes Mondaca Israel Ignacio¹, Ortega Aravena Bastian Alexis¹, Acevedo Aguilar Francisca Alejandra¹, Adrian Torrealba Virginia²

- 1. Medicina, Universidad de Talca**
- 2. Médico cirujano, especialista en Traumatología y Ortopedia**

INTRODUCCIÓN:

Las luxaciones del carpo se consideran lesiones de baja frecuencia en pacientes jóvenes posterior a traumatismos de alta energía, siendo la luxación del hueso semilunar una de las más frecuentes. Estas producen limitación funcional crónica en un gran porcentaje de los pacientes. Generalmente pasan desapercibidas en servicios de urgencia, limitando aún más la posibilidad de recuperación funcional adecuada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 18 años sin antecedentes mórbidos que sufrió caída en carrera de motocicleta. Ingresó al servicio de urgencia con disnea y dolor en extremidad superior izquierda. Al examen físico se describe deformación en clavícula izquierda. Se tomó radiografía de tórax, de ambas clavículas y de ambas muñecas. Se evidenció fractura de primer arco costal derecho con neumotórax del pulmón ipsilateral, disyunción acromioclavicular izquierdo y fractura del proceso estiloides del radio izquierdo. Se realizó pleurostomía derecha e inmovilización de brazo izquierdo con valva y se decidió hospitalizar. Fue evaluado por equipo de traumatología quien evidenció en radiografía disyunción acromioclavicular izquierda Rockwood II y luxación del hueso semilunar hacia volar bilateral. Al examen físico el paciente presentaba rangos de movimiento limitados en ambas muñecas asociado a crepitación, escaso dolor, sin aumento de volumen ni alteración neurovascular distal. Se solicitó Tomografía de ambas muñecas y se planificó resolución quirúrgica. Se decidió realizar reducción cerrada y fijación con agujas tipo K. Posteriormente evolucionó favorablemente, sin dolor y con rangos articulares completos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las luxaciones del carpo son lesiones con importantes limitaciones funcionales a largo plazo, que generalmente no se diagnostican en servicios de urgencia. Una correcta técnica de imagen y evaluación de esta es determinante en las complicaciones futuras. La luxación del semilunar puede ser hacia volar o hacia dorsal, siendo la luxación volar la más frecuente. Los síntomas son principalmente aumento de volumen, dolor y en hasta un 25% de los casos se presenta sintomatología del nervio mediano, sobre todo con la luxación hacia volar. (2) El manejo ortopédico ha presentado resultados deficientes en comparación al quirúrgico y se prefiere la reducción cerrada en todas las lesiones agudas con menos de 8 semanas de antigüedad siempre que no existan lesiones ligamentarias que reparar.

PALABRAS CLAVES

Hueso Semilunar, Luxación del semilunar, Reducción Cerrada

Luxación inferior bilateral de hombro, a propósito de un caso

Autores y Tutores: Astaburuaga Latorre María Jesús¹, Cordero Guerra Julián Adrián¹, Pardo Soto Constanza Belén¹, Zamponi Bachmann Camila Marcela¹, Zamponi Bachmann Enzo Cristóbal¹, Madariaga Poblete Mauricio Javier²

- 1. Medicina Universidad Mayor de Temuco**
- 2. Médico - Traumatólogo**

INTRODUCCIÓN:

La luxación glenohumeral (LG) inferior o erecta es una entidad poco frecuente, reportada en el 0.5% de los casos totales de LG. Su incidencia bilateral es desconocida, sin embargo, solo se han reportado 51 casos en los últimos 100 años. Su mecanismo de lesión más común es el indirecto por hiperabducción, donde se genera una palanca entre el troquíter y el borde de la glena o el acromion, desplazando el húmero a distal. Dicha posición se mantiene fija por la acción del músculo deltoides. Al examen físico se evidencia una posición de “saludo” mantenida e incapacidad del paciente para aducir el miembro afectado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 67 años que previo a caída de 3 metros de altura realiza hiperabducción de ambos miembros superiores al intentar sujetarse y evitar caída. Al examen físico destaca brazos en abducción con imposibilidad de aducción. Se decide ingreso a pabellón para reducción cerrada de ambos hombros bajo fluoroscopia llevado a cabo de forma exitosa. Evoluciona sin compromiso neurovascular pero con rangos articulares disminuidos. El estudio ecográfico mostró rotura bilateral del tendón supraespinoso e infraespinoso, se decide manejo kinésico y posterior resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La LG inferior bilateral, pese a ser una entidad rara, tiene un examen físico característico con posición de “saludo” fija. Su principal mecanismo es el indirecto y se asocia en el 80% de los casos a daño de estructuras óseas, tejido blando o neurovascular. Una evaluación clínica detallada acompañada de un estudio imagenológico adecuado es fundamental para el tratamiento, rehabilitación y prevención de secuelas a largo plazo en estos pacientes.

PALABRAS CLAVES

Luxación erecta, Hiperabducción, Neurovascular, Shoulder dislocation

MAL DE POTT, SOSPECHA NECESARIA EN EL CONTEXTO DE UNA ESPONDILODISCITIS, REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Villela Figueroa José Ignacio¹, Muñoz Osbén Catalina de los Angeles¹, Schumacher Muñoz Andrea Carolina¹, Von Plessing Pierry Constanza Tatiana¹, Mella Montecinos Sergio Mario².

- 1. Medicina, Universidad de Concepción**
- 2. Médico Infectólogo Unidad de Infectología, Hospital Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”**

INTRODUCCIÓN:

La espondilodiscitis es una infección que compromete a los cuerpos vertebrales y discos intervertebrales adyacentes. La causa suele ser bacteriana, predominando la infección por *Staphylococcus aureus*.

El mal de Pott o espondilodiscitis tuberculosa (EDT), corresponde a una afectación extrapulmonar de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* que compromete a la columna vertebral. La tuberculosis ósea representa el 20% de las afecciones extrapulmonares de la tuberculosis y la EDT corresponde al 50% de estos casos. Puede ocurrir en contexto de tuberculosis diseminada o reactivación de un foco vertebral latente. El diagnóstico se basa en sospecha clínica/imagenológica asociado a confirmación microbiológica o histológica.

Considerando que la tuberculosis sigue siendo prevalente en Chile, el presente estudio tiene como propósito reportar un caso de EDT, haciendo énfasis en el proceso diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 21 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de un mes de evolución de dolor lumbar sin irradiación, asociado a rigidez matinal que agrava con los cambios posturales. Siete días previos a la consulta evoluciona con aumento de volumen y sensación de calor local en zona lumbar, doloroso a la compresión. Se sospecha cuadro inflamatorio, por lo que es estudiado con resonancia magnética de columna que muestra espondilodiscitis lumbosacra con compromiso irritativo de raíces. Se realiza drenaje quirúrgico con toma de Genexpert para *M. tuberculosis* que resultó positivo, confirmándose diagnóstico de EDT. Recibió terapia antibiótica con dosis fija combinada que obtuvo buena respuesta.

DISCUSIÓN

En Chile, país en que la tuberculosis sigue siendo epidemiológicamente relevante, la EDT requiere un alto índice de sospecha en cuadros de dolor lumbar tipo inflamatorio, por lo que se debe proceder a estudio con imágenes. En caso de presentar imágenes sugerentes, se sugiere realizar estudio microbiológico a estos cuadros, a pesar de no presentar factores de riesgo para infección por tuberculosis conocidos.

CONCLUSIÓN

Este caso ilustra la importancia de una sospecha clínica adecuada que permitió solicitar exámenes pertinentes y así llegar a un tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVES

Discitis, Tuberculosis, Tuberculosis de la columna vertebral.

Manejo Conservador en Síndrome de Lemmel, Reporte de Caso.

Autores y Tutores: Ramos Huañaco Camila Beatriz¹, Navias García Florencia Paz¹, Rodríguez Rivera Marco Alfonso¹, Tobar Lefio Karla Javiera¹, Pereira da Silva Vallejos Nicolás Carlo²,

1. Medicina, Universidad Católica del Maule.
2. Médico Cirujano

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Lemmel (SL) es una causa rara de obstrucción de la vía biliar, secundario a la compresión extrínseca del conducto biliar común (colédoco) por un divertículo duodenal periampular. La incidencia de divertículos duodenales es de aproximadamente un 17%, de los cuales solo un 5% provocan síntomas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 38 años, sin antecedentes mórbidos. Operado recientemente de colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda, procedimiento que no requirió colangiografía intraoperatoria, resultó sin inconvenientes, por lo cual fue dado de alta a su domicilio.

Consultó en Servicio de Urgencias en su tercer día post operatorio, por clínica de ictericia asociada a coluria, sin dolor abdominal, vómitos ni fiebre. Se evaluó hemodinámicamente estable, con escleras y piel ictericas, sin dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal. Laboratorio destacó hiperbilirrubinemia de predominio directo (2.83 mg/dL), con patrón colestásico: transaminasas (GOT 158 U/L; GPT 280 U/L; GGT 569 U/L), fosfatasas alcalinas (419 U/L). Scanner Abdomen-Pelvis evidenció divertículo duodenal de 20 mm de diámetro, ubicado en la segunda porción del duodeno. Se amplió estudio con Colangiografía que informó vía biliar de diámetros normales, sin litiasis. Divertículo duodenal en proximidad con colédoco.

Debido a que la etiología del Síndrome Ictérico Obstructivo fue por divertículo duodenal y el paciente no presentó complicaciones, se decidió hospitalizar y observar.

Evolucionó favorablemente, hemodinámicamente estable, sin dolor ni ictericia. Pruebas hepáticas tuvieron descenso notable en niveles de bilirrubina total (0.85 mg/dL) y bilirrubina directa (0.63 mg/dL), por lo cual se decidió alta hospitalaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El tratamiento del SL depende de la severidad de síntomas y la presencia de complicaciones. Si el paciente se mantiene asintomático, se opta por un manejo conservador, observando evolución. Por el contrario, si se acompaña de dolor abdominal o clínica sugerente de colangitis aguda el tratamiento de elección es la esfinterotomía por Colangiopancreatografía Retrógada Endoscópica.

El manejo conservador puede ser efectivo en casos que evolucionan sin complicaciones, como en este caso que se evidencia la resolución de la ictericia y normalización de las pruebas hepáticas. La importancia de una evaluación diagnóstica exhaustiva que permita identificar causas raras de obstrucción biliar puede ayudar a evitar intervenciones innecesarias.

PALABRAS CLAVES

Divertículos, Síndrome de Lemmel, Síndrome Ictérico.

Manejo simultáneo de insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar y derrame pleural: un desafío clínico complejo

Autores y Tutores: Orellana Fernández Nicolás Matías¹, González Placencia Manuel Ignacio¹, Fuentes Banz Carlos Alejandro¹, Fernández Mena Carolina Victoria¹, Labra Fianza Santiago Nicolás², Santana Valenzuela Nicolás Eduardo³,

- 1. Medicina, Universidad Andrés Bello**
- 2. Medicina, Universidad de Concepción**
- 3. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico complejo que se caracteriza por la incapacidad del corazón para bombear sangre de manera eficiente. En Chile, la incidencia de insuficiencia cardíaca ha aumentado considerablemente, debido al incremento de factores de riesgo cardiovascular en la población. Este caso ilustra una presentación clínica de insuficiencia cardíaca descompensada, complicándose con tromboembolismo pulmonar (TEP) y un derrame pleural, lo que añade un nivel considerable de complejidad al manejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 48 años con antecedentes de trastorno de pánico y tabaquismo (IPA 15). Acude al servicio de urgencias con un mes de evolución de disnea, tos, edema en extremidades inferiores y fiebre. A pesar de haber sido evaluada previamente en dos ocasiones ambulatoriamente con tratamiento sintomático, no presentó mejoría.

La paciente llegó con una radiografía de tórax que sugería edema pulmonar y cardiomegalia moderada. También presenta una espirometría del mismo día, la cual mostró obstrucción grave. Se decidió su ingreso hospitalario para continuar con el estudio etiológico y manejo depletivo.

Durante la hospitalización, la paciente desarrolló un derrame pleural derecho tipo exudado, que requirió instalar una sonda endopleural e iniciar antibióticos. La tomografía computarizada mostró un patrón de vidrio esmerilado, lo que llevó a realizar un AngioTAC y un ecocardiograma. El AngioTAC reveló TEP subsegmentario y se inició anticoagulación. El ecocardiograma mostró una fracción de eyección del ventrículo izquierdo severamente reducida (25%).

La paciente respondió favorablemente al manejo depletivo y a la anticoagulación. Sin embargo, debido a la necesidad de continuar el estudio, se decidió su derivación para manejo especializado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia de un enfoque integral en pacientes con presentaciones clínicas complejas y factores de riesgo. La evaluación inicial subestimó la gravedad del cuadro, lo que retrasó el diagnóstico y el tratamiento adecuado. Aunque es común que la insuficiencia cardíaca se presente con criterios de Light de transudado, en un tercio de los casos puede presentarse como exudado, complicando aún más el diagnóstico. La evolución favorable de la paciente tras el manejo inicial es alentadora, pero requiere una evaluación adicional para comprender completamente la etiología del cuadro.

PALABRAS CLAVES

Insuficiencia cardíaca, Derrame pleural, Tromboembolismo pulmonar

MENINGISMO SIN MENINGITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Jones Mardones Natalia Jeannette¹, Ramirez Basulto Tamara Andrea¹, Urzúa Bórquez Valentina Natalia¹, Alvarado Pastenes Manuel²

- 1. Medicina, Universidad de Chile**
- 2. Neurólogo**

INTRODUCCIÓN:

Las meningitis tienen alta morbimortalidad, esto obliga a tener alto índice de sospecha en pacientes con cuadro sugerente. Empero, no todo signo meníngeo es meningitis. El meningismo, síntomas y signos que sugieren irritación de las meninges sin inflamación o presencia de lesiones en las meninges, está presente en otros cuadros considerables.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta caso de una paciente de 93 años, con antecedente de enfermedad de Alzheimer, hipertensión arterial y accidente cerebrovascular (ACV), con cuadro de dos días de evolución de mialgias y disuria. Es encontrada en su hogar comprometida de conciencia, desorientada temporo-espacialmente. En el servicio de urgencias, se encuentra vigil, con lenguaje inteligible, hemiparesia braquiocrural, tono y reflejos disminuidos a izquierda, concordante con ACV previo, destacando la presencia del signo de Brudzinski y Kerning positivos. Se realiza tomografía de cerebro sin hallazgos de lesiones agudas. En sangre destaca proteína C reactiva: 172, sin leucocitosis. Se inició terapia antibiótica biasociada y Aciclovir, por sospecha de infección del sistema nervioso central. Se realiza punción lumbar, con proteínas: 0,79, glucosa: 82, leucocitos: 3, sin bacterias. Presenta además, orina inflamatoria y urocultivo polimicrobiano. Con estos resultados se ajustan antibióticos, con objetivo de tratar la infección urinaria desencadenante del cuadro.

DISCUSIÓN

La sensibilidad de los signos meníngeos para detectar una meningitis es muy baja, entre 27 a 53%, especialmente en lactantes y ancianos, por lo que una vez descartada, se debe sospechar de hemorragias subaracnoideas, neoplasias de meninges o cerebro, infecciones sistémicas, etc.

CONCLUSIÓN

Se debe tener en cuenta que no todo paciente que se presente con signos meníngeos y otros síntomas y signos sugerentes, tendrá meningitis. Si bien, es el primer diagnóstico a descartar, dada su asociación a morbimortalidad, evitable con un tratamiento antibiótico oportuno, no se debe dejar de pensar en otros diagnósticos posibles, que también pueden ser de gravedad.

PALABRAS CLAVES

Meningismo, Meningitis, Punción Lumbar.

MENINGITIS VIRAL SECUNDARIA A NEURONITIS VESTIBULAR POR VIRUS VARICELA ZOSTER: REPORTE DE UN CASO.

Autores y Tutores: Plaza Cifuentes Francisca Jesús¹, Prieto Norambuena Valentina Ignacia¹, Parra Agurto Gonzalo José¹, Carrasco Otárola Natalia Andrea¹, Covarrubias Lynch Tomás Felipe¹, Kompatzki Villanueva Álvaro Tomás¹, Parra Agurto Francisca Paz²

- 1. Medicina, Universidad de los Andes**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La neuritis vestibular corresponde a la inflamación de la porción vestibular del VIII nervio craneal y se suele presentar con vértigo, náuseas y desequilibrio en la marcha. Los síntomas auditivos son infrecuentes, aunque puede haber plenitud auditiva, tinnitus e hipoacusia. La fisiopatología implicaría la reactivación de un virus neurotrópico latente, como el Virus Herpes Simple (VHS) tipos 1 y 2, y el Virus Varicela Zoster (VVZ). Estos patógenos son capaces de llegar al sistema nervioso central mediante neuronas sensoriales o motoras periféricas, y en casos raros, como en pacientes inmunocomprometidos, pueden generar meningitis viral. La presentación del siguiente caso es relevante, ya que expone manifestaciones clínicas por agente etiológico infrecuente en paciente inmunocompetente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 32 años sin antecedentes médicos. Acude a urgencias por cuadro de una semana de vértigo, otalgia e hipoacusia derecha, agregándose otorrea derecha y diplopía vertical los últimos 2 días. Al examen físico destacó edema y eritema en pabellón auricular, otorrea y vesículas en conducto auditivo externo derecho. Head Impulse Test positivo a derecha, Nistagmus rotacional a izquierda, Test Skew (+) ojo derecho. Marcha con aumento base de sustentación, no logrando tandem, Romberg (+). Sin signos meníngeos. Se solicitaron exámenes, destacando PCR 0,4, leucocitos 6,3 y Resonancia Magnética de Cerebro sin hallazgos relevantes. Se decidió hospitalización en sala para ampliar estudio, iniciándose antibióticos empíricos y terapia antiviral. Se realizó punción lumbar, obteniéndose: proteínas 72, glucosa 55, leucocitos 181 (100% MN), y panel meningitis viral positivo para VVZ. Se diagnosticó Meningitis Viral con Neuronitis vestibular por VVZ. Se decidió suspender antibioterapia, mantener antiviral y agregar corticoides. Se realizó estudio general de inmunosupresión, sin hallazgos relevantes. Paciente evolucionó con resolución progresiva del cuadro, sin aparición de nueva sintomatología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El VVZ, posterior a la primoinfección, queda latente en los ganglios sensitivos dorsales, pudiendo reactivarse en forma de herpes zóster. Esto puede ocurrir alrededor de los 50 años, por la disminución de la respuesta inmune celular. La meningitis secundaria a una reactivación es infrecuente, y ha sido descrita principalmente en inmunocomprometidos. En estos pacientes es importante realizar el estudio de inmunosupresión correspondiente.

PALABRAS CLAVES

Varicela Zoster, Meningitis viral, Vértigo, Neuronitis Vestibular.

MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Gutiérrez Vega Rosita¹, Contreras Schurch Alejandra¹, Gangas Zumelzu Cristina¹, Muñoz Collipal Javier¹, Benítez Arias Catalina Belén²,

- 1. Interno Medicina, Universidad de la Frontera**
- 2. Becado Medicina Interna, Universidad de la Frontera.**

INTRODUCCIÓN:

La meningoencefalitis tuberculosa es una patología inflamatoria no supurativa del parénquima cerebral y meninges, producto de la diseminación de Mycobacterium Tuberculosis hacia el líquido cefalorraquídeo. De presentación subaguda e inespecífica, es importante conocer su clínica y factores de riesgo para considerarla como diagnóstico diferencial y poder detectarla precozmente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 58 años, con antecedentes médicos de Inmunodeficiencia adquirida en tratamiento, Criptococosis menígea y Tuberculosis (TBC) Pulmonar y Miliar, tratadas. Durante Noviembre 2023 presenta múltiples consultas en urgencia, por episodios autolimitados de compromiso del estado general, cefalea y disartria, sin hallazgos patológicos al examen físico por neurólogo, por lo que se indica conducta expectante. En última atención consulta por cuadro de trastorno conductual y desorientación, con examen neurológico normal, pese a ello y dado sus antecedentes, se decide realizar punción lumbar (PL) con resultados en rangos de proteinorraquia, leucocitosis con predominio linfocitario, glucosa disminuida y prueba molecular rápida GenXpert con trazas compatibles para meningitis por TBC. Neuroimágenes evidenciaron cambios inflamatorios etmoidofrontales. Se decide hospitalizar e iniciar tratamiento antituberculoso asociado a corticoterapia endovenosa. Inicialmente evoluciona tópidamente con clínica progresiva y compromiso faciobraquiocrural derecho asociado a infarto pontino izquierdo, y posteriormente con cuadro de afasia y mayor desorientación asociado a infarto temporo-lateral izquierdo. Luego de 12 días de hospitalización, se constata mejora clínica con disminución de compromiso en hemisferio derecho, disminución de la afasia, mayor orientación y conciencia, pero con persistencia de cefalea. Dada severidad del caso, se decide trasladar a otro centro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Considerando la dificultad diagnóstica ante la variedad de presentaciones clínicas de TBC extrapulmonar dada la naturaleza del microorganismo Mycobacterium Tuberculosis, es imperioso identificar a pacientes de alto riesgo como son niños, historia previa de tuberculosis e inmunosuprimidos, para la realización de una PL dado que su diagnóstico precoz impacta directamente en la sobrevida y secuelas de las personas.

PALABRAS CLAVES

Meningoencefalitis, Tuberculosis, Inmunosupresión

Mucocele como tumor expansivo paranasal derecho e infiltración de orbital: Reporte de un caso

Autores y Tutores: Kirmayr Castro Bastian¹, Rojas Rosales Nicolas¹, Marchant Sanhueza Sofia¹, Gonzalez Ortega Cristobal¹, Avendaños Vargas Francisco¹, Stuardo Zulmelzu Pablo¹, Venegas Gonzalez Luis²

- 1. Medicina, Andres bello, sede Viña del mar**
- 2. Oftalmólogo Oculoplástico.**

INTRODUCCIÓN:

El mucocele de los senos paranasales (SPN) es la acumulación de moco en los SPN, causada por la obstrucción de los orificio sinusal, provocando cambios inflamatorios, aumento de la presión del contenido del seno, generando compresión e invasión de estructuras vecinas. Su ubicación más frecuente es frontoetmoidal y a pesar de ser lesiones benignas, tienen un alto potencial destructivo local por su expansión crónica y cambios óseos que se generan. Su incidencia es relativamente baja en comparación con otras patologías sinusales, pero su diagnóstico y tratamiento son cruciales para evitar complicaciones hacia áreas adyacentes, como estructuras oculares o cerebrales.

Las imágenes juegan un rol importante en el diagnóstico, siendo la tomografía computarizada y la resonancia magnética los exámenes que detectan patrones sugerentes de mucoceles. El tratamiento es quirúrgico, donde el abordaje endoscópico ha sido el de elección por tener menos comorbilidades y menor tasa de recurrencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 43 años sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 1 mes de evolución, por aumento de volumen en canto interno del ojo derecho, firme, no doloroso, sin molestias oculares ni nasosinusales asociadas. A la exploración endonasal destaca abombamiento altomedial de etmoides. Se le realiza scanner de SPN que evidencia lesión de aspecto expansivo frontoetmoido-orbitaria derecha con destrucción de etmoides anterior, lámina papirácea, engrosamiento de frontal hipoplásico a derecha, resto de senos sin lesiones. RNM evidencia lesión compatible con mucocele. Se realiza etmoidectomía endonasal y antrostomía de seno maxilar más biopsia, sin complicaciones. Biopsia de pieza operatoria muestra fragmentos de mucosa de tipo respiratorio y tejido óseo trabecular con moderada inflamación crónica inespecífica, fragmentos de pared conjuntiva fibrosa con epitelio de tipo respiratorio, compatible con mucocele sinusal. Postoperatorio favorable, con posterior seguimiento ambulatorio satisfactorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El mucocele de los SPN, aunque es poco frecuente, requiere atención cuidadosa debido a sus posibles complicaciones, la detección temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para minimizar riesgos y asegurar una recuperación óptima del paciente.

PALABRAS CLAVES

Mucocele, Paranasal Sinus Diseases, Magnetic resonance, Computed tomography.

MYCOPLASMA PNEUMONIAE COMO AGENTE CAUSAL DE MANIFESTACIONES MUCOCUTÁNEAS EN CONTEXTO DE ERITEMA MULTIFORME.

Autores y Tutores: Acevedo Aguilar Francisca Alejandra¹, Valenzuela San Roman Jesús Antonio¹, Zúñiga Pérez Héctor Jorge¹, Fernández Palma Joaquín Alonso²

- 1. Medicina, Universidad de Talca**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El eritema multiforme (EM) es una enfermedad aguda de la piel y/o mucosas inmunomediada caracterizada por la aparición de lesiones en piel tipo diana, con una variación concéntrica del color, a veces acompañada de erosiones de la boca, mucosa genital u ocular o una combinación de ellas. Generalmente secundario a la infección por VHS o Mycoplasma Pneumoniae.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 49 años con antecedentes de Hipotiroidismo, Hipoacusia bilateral y Sd. de Meniere en estudio, alérgica a Flunarizina. Consultó en Urgencias donde refirió antecedente de cuadro respiratorio alto asociado a fiebre de un mes de evolución que se trató inicialmente con Amoxicilina por 7 días, luego con Amoxicilina-Ácido Clavulánico por 10 días y posteriormente con Claritromicina 15 días por diagnóstico de Mycoplasma Pneumoniae. A los 9 días de finalizar tratamiento debutó con lesión única en mucosa oral, levemente dolorosa con posterior aparición de lesiones en diana en miembros superiores e inferiores. Consultó en médico particular quien indicó Valaciclovir por sospecha de Herpes Simple (VHS). Evolucionó sin mejoría con extensión de lesiones dolor intenso y secreción fétida asociada a fatiga generalizada. En Urgencias se evidenció lesiones ulcerativas en mucosa oral y labios con exudado seropurulento, lesión blanquecina en paladar duro, lesiones en diana en tronco y extremidades de predominio interdigital, exámenes de laboratorio dentro de rango, ingresando para estudio bajo sospecha de EM vs Síndrome de Steven Johnson (SJS). Evaluada por Dermatología a quien impresionó EM en contexto de infección por Mycoplasma Pneumoniae, sin impresión de infección bacteriana agregada, VHS descartado por serología negativa. Se indicó uso de vaselina y corticoide tópico, evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La problemática en el EM está dada principalmente por la dificultad en su diagnóstico ya que existe una gran similitud en sus lesiones con las del SJS, siendo la historia clínica parte fundamental para definir la etiología. Sin embargo, el examen físico enfocado en las características de las lesiones y su evolución en el tiempo nos permitirá orientar finalmente nuestra aproximación diagnóstica.

PALABRAS CLAVES

Erythema Multiforme, Herpes Simplex Virus, Mycoplasma Pneumoniae, Stevens-Johnson Syndrome.

NECROSIS UVULAR COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL: REPORTE DE UN CASO.

Autores y Tutores: Labra Fianza Santiago Nicolás¹, Fernández Mena Carolina Victoria², Fuentes Banz Carlos Alejandro², González Placencia Manuel Ignacio², Orellana Fernández Nicolás Matías², Muñoz San Martín Bastián Alexander Eugenio³

1. **Medicina, Universidad de Concepción**
2. **Medicina, Universidad Andrés Bello sede Concepción**
3. **Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La necrosis uvular (NU) es una complicación postoperatoria rara que puede ocurrir tras procedimientos como la intubación endotraqueal o la esofagogastroduodenoscopia. Se presenta con isquemia, edema y necrosis de la úvula, que a menudo culmina en su desprendimiento (1). Los factores de riesgo y eventos causales no están claramente definidos. Aunque autolimitada, provoca síntomas significativos como odinofagia, disfagia, sensación de cuerpo extraño, disnea y arcadas. El tratamiento suele ser sintomático, incluyendo acetaminofén, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y corticoides orales para reducir la inflamación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 22 años, celíaco, con antecedentes de apendicectomía y varicocele, se sometió a septoplastia y electrocauterización de cornetes bajo anestesia general. Fue intubado con un laringoscopio Macintosh #4 y un tubo endotraqueal de 8.0 mm durante 61 minutos. En el postoperatorio inmediato, presentó odinofagia moderada, y fue dado de alta con indicaciones de reposo, dieta blanda, AINEs y antihistamínicos. Al segundo día, refirió sensación de cuerpo extraño en la garganta, arcadas y odinofagia intensa agravada con la ingesta, sin alivio con analgésicos. A los 5 días, se desprendió espontáneamente una parte necrosada de la úvula, aliviando la sensación de cuerpo extraño, pero la odinofagia persistió hasta el 8° día, cuando los síntomas se resolvieron completamente. El paciente acudió al control a los 14 días, llevando registro fotográfico que permitió el diagnóstico retrospectivo de NU.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La NU postoperatoria, aunque infrecuente, debe considerarse en pacientes con odinofagia persistente tras intubación. Este caso ilustra cómo la falta de un diagnóstico oportuno puede resultar en síntomas significativos que podrían haberse manejado más eficazmente con un tratamiento precoz. El seguimiento adecuado y la documentación fotográfica diaria fueron claves para el diagnóstico retrospectivo y podrían guiar a los médicos en el manejo de esta condición. El tratamiento conservador fue suficiente para la resolución, subrayando la importancia de la vigilancia postoperatoria para prevenir y tratar complicaciones inusuales pero relevantes.

PALABRAS CLAVES

Uvula, necrosis, endotracheal intubation.

NEOPLASIAS PANCREÁTICAS RARAS: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA DE UN TUMOR DE FRANTZ, REPORTE DE CASO.

Autores y Tutores: Caldentey Marticorena Vicente Javier¹, Herrera Muñoz Guillermo Javier¹, Figueroa Jara Isadora Rocío¹, Hunfan Cortés Paola Valentina¹, Espinoza Torres Martín Ignacio¹, Antilaf Zúñiga Fabián Eduardo¹, Sotomayor Ledezma Camila Daniela²

- 1. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
- 2. Médico Cirujano, Cirujana General**

INTRODUCCIÓN:

Los tumores sólidos pseudopapilares (TTSP) o tumores de Frantz son neoplasias quísticas pancreáticas raras, representando entre el 0.1-2.7% de los tumores exocrinos pancreáticos. Afectan principalmente a mujeres jóvenes de 20 a 30 años y suelen ubicarse en el cuerpo o cola del páncreas. Aunque generalmente benignos, pueden presentar malestar abdominal inespecífico y síntomas compresivos como saciedad precoz, vómitos, pérdida de peso y obstrucciones intestinales. Aproximadamente un 10-15% puede metastatizar, especialmente al hígado, linfonodos regionales y peritoneo, considerándose neoplasias borderline.

La resonancia magnética nuclear (RMN) es la mejor herramienta para el diagnóstico, mostrando masas sólido-quísticas muy vascularizadas, con áreas hemorrágicas y calcificaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina sana de 16 años consulta por malestar abdominal inespecífico, constipación, saciedad precoz, náuseas y vómitos postprandiales de dos meses de evolución. Se solicita ecografía que revela una lesión quística en la cabeza del páncreas. Se continúa estudio con RMN muestra una masa de 46x40x40 mm, predominantemente quística con septos internos y contenido hemorrágico, sin signos de diseminación abdominal. Se realiza cirugía de Whipple con preservación del complejo pilórico. La biopsia confirma neoplasia sólida pseudopapilar pancreática con displasia epitelial de alto grado. La paciente evoluciona sin complicaciones y es dada de alta cuatro días después de la cirugía.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de neoplasias quísticas pancreáticas ha aumentado con las mejoras en técnicas de imagen, entre el 40-50% de los pacientes que se realizan una RMN presentan alguna neoplasia pancreática. El tratamiento para los Tumores de Frantz es la resección radical debido a la posibilidad de invasión local produciendo síntomas obstructivos y por la probabilidad de metástasis a distancia, con tasas de supervivencia de aproximadamente 96% a 5 años y 93% a 10 años.

CONCLUSIÓN

Los tumores de Frantz y otras neoplasias pancreáticas, aunque infrecuentes, representan una entidad clínica relevante. La intervención quirúrgica, como la cirugía de Whipple, sigue siendo el tratamiento de elección debido a su potencial invasor local y cancerígeno. Este caso destaca la importancia del estudio oportuno y el rol de las imágenes en el diagnóstico y planificación quirúrgica.

PALABRAS CLAVES

Invasividad neoplásica, Neoplasia pancreática, Pancreaticoduodenectomía

Neumatosis quística intestinal: Reporte de un caso

Autores y Tutores: Urzúa Canales Camila¹, Máximo Ossa Jorge¹, Gómez Celis Ignacio¹, González Solís Tomás Ignacio¹, Millán Rojas Katerina², Sotomayor Sebastián¹, Hermansen Ramírez Carlos³

1. Estudiante de Medicina de la Universidad San Sebastián
2. Estudiante de Medicina de la Universidad de O'Higgins
3. Cirujano Coloproctólogo

INTRODUCCIÓN:

La neumatosis quística intestinal (NQI) corresponde a la presencia de contenido gaseoso localizado en quistes de la submucosa o subserosa de la pared intestinal. Es una patología de etiología no clara y baja incidencia, siendo más frecuente en el sexo masculino. Los pacientes suelen ser asintomáticos, pero se describe que hasta un 30% puede presentar neumoperitoneo espontáneo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 93 años hospitalizada por artroplastia de cadera derecha. A raíz de deterioro clínico, se realiza radiografía de tórax ante sospecha de neumonía aspirativa, pesquizando elevación diafragmática sugerente de neumoperitoneo, por lo que se solicita tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste en la que se describe neumoperitoneo con posible perforación diverticular en colon transverso. Paciente asintomática desde el punto de vista abdominal, es evaluada por cirugía que indica laparotomía exploradora de urgencia. En pabellón se identifica divertículo yeyunal edematoso perforado y neumatosis quística de intestino delgado. Se reseca divertículo descrito e intestino comprometido y se realiza diagnóstico de neumatosis quística intestinal, isquemia mesentérica y divertículo yeyunal complicado. Posteriormente el informe anatomopatológico confirma el diagnóstico.

DISCUSIÓN

La neumatosis quística intestinal es una enfermedad infrecuente, con una incidencia global de 3 por cada 10.000 personas. Su causa es desconocida, pero se cree que posee etiología multifactorial, asociándose a patologías como isquemia intestinal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obstrucción intestinal y enfermedad de Crohn. Su diagnóstico puede realizarse con imagenología, donde hasta un tercio presenta neumoperitoneo asociado. Puede ser asintomática o presentar síntomas inespecíficos, como diarrea, dolor abdominal y distensión abdominal. Presenta complicaciones como vólvulos, neumoperitoneo, intususcepción y perforación. Su tratamiento suele ser conservador y la cirugía se reserva en caso de complicaciones, siendo relevante la sospecha de esta patología para un manejo individualizado de esta.

CONCLUSIÓN

Este caso muestra que, pese a ser una patología infrecuente, es importante considerar la neumatosis quística intestinal como diagnóstico diferencial ante la presencia de neumoperitoneo.

PALABRAS CLAVES

Neumatosis cistoide intestinal, Intestino delgado, Neumoperitoneo, Laparotomía

NEUROCISTICERCOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Román Gaete Maria Francisca¹, Saldaña Castillo Alejandro Ignacio¹, Becerra Castillo Valentina Isabel¹, Rosales Felmer Ignacio Javier¹, Aravena Montecinos Josefa Ignacia¹, Espinoza Vargas Felipe Ignacio¹, Saldaña Castillo Javier Andrés²

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

INTRODUCCIÓN:

La cisticercosis es una enfermedad zoonótica parasitaria provocada por el estado larvario del cestodo *Taenia Solium*, siendo la neurocisticercosis (NCC) la manifestación patológica más grave. En Chile, es una enfermedad de notificación obligatoria, estimándose en la última estadística aproximadamente 8.000 casos de neurocisticercosis

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, consulta a urgencias por cuadro de dos días de evolución de cefalea intermitente y progresiva, asociada a mareos, acompañado de disminución de la fuerza braquiocrural derecha y movimientos tónico-clónicos de extremidad inferior derecha en las últimas dos horas. Se realiza una tomografía computarizada de cerebro sin contraste, evidenciando múltiples calcificaciones córtico meníngeas. Posterior a esto se utiliza medio de contraste visualizándose múltiples lesiones concordantes con diagnóstico de neurocisticercosis, además se realiza resonancia magnética de cerebro que confirma el diagnóstico, evaluado por neurología se indica tratamiento con corticoides por cinco días para luego iniciar tratamiento con Albendazol, completando esquema de tratamiento con buena evolución clínica sin secuelas neurológicas.

DISCUSIÓN

La principal vía de transmisión por la cual se adquiere NCC es mediante la ingesta de alimentos contaminados con huevos de *Taenia Solium*, en donde embriones se diseminan vía hematogena hasta el sistema nervioso central, produciendo sintomatología variada, como convulsiones, cefalea, vómitos, alucinaciones, compromiso de nervios craneales las cuales resultan inespecíficas, por tanto, es importante considerar esta patología como diagnóstico diferencial de otras enfermedades neurológicas, principalmente cerebrovasculares. Respecto al tratamiento, inicialmente se debe reducir la presión intracraneal mediante corticoterapia para luego iniciar el antiparasitario, debido a que el uso de este provoca una respuesta inflamatoria perilesional al degenerar los quistes, pudiendo exacerbar los síntomas neurológicos y causar la muerte del paciente.

CONCLUSIÓN

La NCC es una enfermedad endémica de América Latina. A pesar de su baja prevalencia, requiere un diagnóstico y tratamiento oportunos para lograr resultados terapéuticos favorables. Es crucial un seguimiento riguroso para detectar resistencia al tratamiento y posibles recidivas. El pronóstico en etapas avanzadas es complicado y depende de factores como la ubicación del parásito, la cantidad presente en el sistema nervioso central y el ciclo de vida del mismo.

PALABRAS CLAVES

Neurocisticercosis, *Taenia solium*, Cisticercosis, Tratamiento.

NO PERDER EL FOCO: ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD DE MOYAMOYA PEDIÁTRICA

Autores y Tutores: Abrigo Parra Tomás¹, Rivera Rivera Alonso¹, Toro González Alejandra¹, Toro González Vasco¹, Andrade Ríos Fabiana²

- 1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de moyamoya (EM) es una arteriopatía estenosante progresiva que afecta la circulación cerebral, causada por la proliferación de células musculares lisas y su migración hacia la íntima, provocando estenosis arterial y predisponiendo a accidentes cerebrovasculares. Su incidencia anual se estima en 0,1 x 100000 habitantes, pudiendo debutar en la edad pediátrica. Se presenta este caso con el objetivo de ilustrar la clínica de la EM.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 11 años, con antecedentes de hipertensión renovascular y enfermedad renal crónica, consulta en hospital de origen por episodios recurrentes de cefalea hemicránea izquierda e hipoestusias en extremidades superiores de 1 mes de evolución, asociado a disartria, náuseas y malestar general. Se hospitaliza para estudio. A su ingreso, se realiza angiografía por tomografía computarizada que informa estenosis bilateral de arterias carótidas internas a nivel supraclinoideo, planteándose un ataque isquémico transitorio (AIT) con sospecha de EM. Se decide traslado a su hospital de referencia, donde es evaluada por equipo de neurocirugía con angiografía cerebral, confirmando el diagnóstico de EM y decidiéndose programar bypass indirecto terapéutico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La EM es una patología progresiva, con alta morbimortalidad y discapacidad secundaria a AIT a repetición. Ante síntomas de AIT en pacientes pediátricos, se debe considerar la angiografía cerebral como parte del estudio. Frente a la confirmación diagnóstica de la EM, el manejo es neuroquirúrgico, mediante bypass directo o indirecto. La rehabilitación debe considerar apoyo multidisciplinario. El pronóstico a largo plazo de la EM mejora sustancialmente con una intervención precoz. La importancia del caso presentado radica en evidenciar la presencia de la EM en nuestra población y aumentar el índice de sospecha para su diagnóstico oportuno.

PALABRAS CLAVES

Ataque isquémico transitorio, Enfermedad moyamoya, Pediatría

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR SÍNDROME DE PINZAMIENTO MESENTÉRICO.

Autores y Tutores: Teuber Raimann Robert¹, Moreno Vergara Nicolas Ignacio¹, Blanco Migueles Sofía Elena¹, Espinosa Wild Sebastián Pedro¹, Castiglioni del Río Enzo¹, Fernandez Thiers Sebastián¹, Dueñas Cancino Lucas²

- 1. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
- 2. Médico Cirujano – Residente Cirugía UC**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de pinzamiento mesentérico es un cuadro poco frecuente caracterizado habitualmente por dolor abdominal postprandial, baja de peso, náuseas y vómitos. Este síndrome aparece cuando disminuye el espacio comprendido entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, comprimiendo la tercera porción del duodeno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 43 años, sexo masculino, con antecedentes DM1, consulta por cuadro de 4 días de duración de dolor abdominal difuso tipo cólico, distensión abdominal, náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones. Además historia de baja de peso no cuantificada los últimos 2 meses.

Ingresa al SU en regulares condiciones generales, con PAM de 60 mmHg, taquicárdico y con glucemia entre 200 y 300. Al examen físico paciente enflaquecido, con abdomen blando, sin signos de irritación peritoneal. En la tomografía computada se observa gran dilatación de estómago, primera y segunda porción del duodeno, con cambio de calibre en relación a segunda y tercera porción, sin signos de perforación ni sufrimiento de asa. En este contexto se hospitaliza por sospecha de Síndrome de Pinzamiento mesentérico.

DISCUSIÓN

Hay diversas causas asociadas a la disminución del espacio comprendido entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Existen causas congénitas como el origen bajo de la AMS y la inserción alta del ángulo duodenoyeyunal, y causas adquiridas como el IMC bajo, baja de peso severa, cirugía y trauma espinal.

Ante un cuadro clínico compatible, la Tomografía Computada es la imagen de elección. En esta se evalúan el ángulo aorto mesentérico (AAM) y la distancia aorto mesentérica (DAM). Un AAM menor a 28 y un DAM menor a 10 mm, apoyan el diagnóstico.

El manejo de este cuadro es inicialmente médico por medio de descompresión por sonda nasogástrica. En caso de falla del tratamiento médico o síntomas severos hay indicación de manejo quirúrgico, siendo la anastomosis duodeno-yeyunal el método de elección.

CONCLUSIÓN

El síndrome de pinzamiento mesentérico es un diagnóstico que por su baja incidencia puede ser difícil de diagnosticar, pero que se debe tener presente al enfrentarse a un paciente con factores de riesgo y un cuadro clínico compatible, realizando un estudio y manejo adecuado.

PALABRAS CLAVES

Superior Mesenteric Artery Syndrome, Cast Syndrome, Wilkie Syndrome

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS: REPORTE DE UN CASO.

Autores y Tutores: Gómez Celis Ignacio¹, Urzúa Canales Camila¹, Máximo Ossa Jorge¹, Mora León Francisco¹, Vargas Benavides Luis¹, Sotomayor Juan Pablo¹, Hermansen Ramirez Carlos²

- 1. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián**
- 2. Cirujano coloproctólogo**

INTRODUCCIÓN:

La obstrucción intestinal es un síndrome caracterizado por la detención del tránsito intestinal, ya sea parcial o total, y cuya presentación varía dependiendo del nivel y la causa de la obstrucción. La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera del útero, cuya prevalencia alcanza el 10% de las mujeres, su presentación clínica es muy variable y su diagnóstico implica la observación directa de la lesión.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 33 años, sin antecedentes médicos, consultó por cuadro de 2 semanas de evolución, que inicia posterior a gastroenteritis aguda, caracterizado por distensión abdominal y que posteriormente se agrega ausencia de deposiciones de 6 días. Se diagnostica un cuadro obstructivo intestinal, ingresando a pabellón de urgencia, donde se observa una peritonitis, un tumor en recto superior y múltiples perforaciones a nivel de ciego, con importante dilatación colónica. Posteriormente la biopsia informaría de implante endometrial a nivel de recto y múltiples a nivel de ciego y periapendicular. Se le realizó una colectomía total con márgenes de seguridad y confección de ileostomía terminal, siendo dada de alta por buena evolución clínica y ausencia de complicaciones.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal por endometriosis son casos raros. Si bien la presencia de tejido endometrial a nivel de colon es variable, entre un 3% y 37%, siendo el lugar más frecuente el recto y sigmoides, la obstrucción por esta razón sólo alcanza el 0,1% a 0,7%.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia de tener en cuenta la patología ginecológica en casos de abdomen agudo, en especial en mujeres en edad fértil.

PALABRAS CLAVES

Obstrucción intestinal, Endometriosis, Peritonitis

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A FITOBEZOAR IMPACTADO EN DIVERTÍCULO DE MECKEL: REPORTE DE UN CASO.

Autores y Tutores: Máximo Ossa Jorge Ignacio¹, Gómez Celis Ignacio¹, Urzúa Canales Camila¹, Valdés Arroyo Ignacio Alberto¹, Reydet Tala Lucas¹, Henríquez Guevara Alejandra¹, Hermansen Ramírez Carlos²

- 1. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián**
- 2. Cirujano Coloproctólogo**

INTRODUCCIÓN:

La obstrucción intestinal corresponde una patología frecuente cuya presentación clínica es variada, condicionada según la localización, grado y etiología de la obstrucción. El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal y se produce debido a la obliteración incompleta del conducto vitelino u onfalomesentérico. Aunque generalmente es asintomático, puede presentar sintomatología cuando sufre complicaciones, como lo son el sangrado gastrointestinal, inflamación y obstrucción intestinal. Los fito bezoares corresponden a masas duras de materiales vegetales no digeridos que se acumulan en el estómago o intestino delgado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 24 años de edad, sin antecedentes médicos de relevancia, que consultó por un cuadro de 48 horas de evolución diagnosticado como obstrucción intestinal. Se realizó una laparoscopia exploratoria, donde se identifica un divertículo de Meckel a tensión con contenido sólido en su interior que, al abrirse, da salida a aproximadamente 1 Kg de fito bezoar. Paciente evoluciona favorablemente, con resolución sintomática y ausencia de complicaciones postoperatorias.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal es una presentación poco frecuente pero bien documentada del divertículo de Meckel. Por otro lado, menos del 4% de las obstrucciones intestinales se deben a la presencia de algún tipo de bezoar. La impactación de un fito bezoar dentro de un divertículo de Meckel es, por tanto, extremadamente rara y existen pocos casos reportados de esta. La presentación clínica e imagenológica de la obstrucción intestinal secundaria a un divertículo de Meckel puede ser indistinguible de otras causas de obstrucción intestinal, correspondiendo frecuentemente a un diagnóstico intraoperatorio. El manejo del divertículo de Meckel complicado es quirúrgico, ya sea mediante la resección aislada (diverticulectomía) o asociada a la porción intestinal adyacente.

CONCLUSIÓN

Este caso subraya la necesidad de un alto índice de sospecha de divertículo de Meckel en pacientes jóvenes, previamente sanos y que se presentan con obstrucción intestinal.

PALABRAS CLAVES

Obstrucción Intestinal, Divertículo Ileal, Bezoares

Ooforitis Autoinmune en mujer con Lupus Eritematoso Sistémico como causa de amenorrea secundaria, a propósito de un caso

Autores y Tutores: Chávez Vargas Javiera¹, Arias Inzunza Catalina¹, Fraile Quintero Javiera¹, Villalobos Gahona Juana¹, Godoy Nuñez Catalina¹, Cuello Moya Nelson¹, Parraguez Guerra Felipe²

- 1. Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 2. Médico Ginecólogo**

INTRODUCCIÓN:

La amenorrea secundaria se define como ausencia de menstruación por más de tres meses en una persona con ciclos previamente regulares. Es un síntoma ginecológico común, cuya causa pueden ser múltiples patologías.

Dentro del estudio de amenorrea secundaria se debe considerar la falla ovárica prematura (FOP), que corresponde a un tipo de patología que genera hipogonadismo hipergonadotropo, que ocurre por un cese de la actividad ovárica de manera prematura. Es una patología importante, debido a la posible pérdida de fertilidad en mujeres jóvenes que conlleva. El diagnóstico se hace en mujeres menores de 40 años que presentan amenorrea asociada a disminución de niveles de estradiol (<50pg/dl) y aumento de FSH en sangre (>40 UI/L en dos tomas, separadas por un mes).

Dentro de las causas de FOP se incluyen el síndrome de Addison, miastenia gravis, anemia perniciosa y lupus eritematoso sistémico (LES), siendo la más prevalente, la idiopática. La FOP es la alteración menstrual más severa que se puede encontrar en LES, ocurriendo en un 11-54% de los pacientes. Esto puede ser como consecuencia del tratamiento con ciclofosfamida o a consecuencia de la autoinmunidad que conlleva esta patología crónica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente nuligesta de 39 años con antecedente de LES complicado con nefritis lúpica (NL) e hipertensión arterial, que consulta por amenorrea de 3 años de evolución. Dentro del estudio se solicitan niveles hormonales, evidenciando aumento de FSH (167UI/L y en segunda toma 126 UI/L) y disminución E2 (20 pg/ml); y en ecografía transvaginal se observan ovarios sin actividad folicular y endometrio lineal de 1 mm, sin otros hallazgos. realizándose el diagnóstico de FOP.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Entonces, es de suma importancia conocer la definición de amenorrea secundaria, saber que constituye a un síntoma patológico y que se debe realizar una derivación pronta para su eventual estudio.

Además, al enfrentar una mujer en edad fértil con LES es importante considerar la ooforitis autoinmune, puesto que, pese a no ser la complicación más frecuente, genera un gran impacto en la planificación de vida y bienestar de la persona, por lo debiese ser considerada dentro de la consejería para una paciente con diagnóstico reciente.

PALABRAS CLAVES

Primary ovarian insufficiency; infertility; lupus erythematosus; autoimmunity

Paniculitis mesentérica como diagnóstico diferencial del paciente con abdomen agudo en el servicio de urgencias

Autores y Tutores: Torres Alfaro Nyckolas Yohanny¹, Sapunar Valencia Nicolás Andrés¹, Chávez Vargas Javiera Ignacia¹, González González Miguel Angel Gabriel Alberto¹, Villalobos Gahona Juana Laura¹, Arias Arellano Javiera Fernanda¹, Farías González José Ignacio²

- 1. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

En el servicio de urgencias (SU) se consideran múltiples diagnósticos diferenciales de abdomen agudo, sin embargo, no hay que olvidar patologías con menor frecuencia. La paniculitis mesentérica tiene una prevalencia de 6/1000 personas y su patogénesis no se encuentra tan clara, aunque se ha relacionado a cirugía, trauma abdominal, enfermedades autoinmunes, síndrome paraneoplásico, isquemia e infección.

Su presentación clínica habitual es el dolor abdominal, que se puede acompañar hasta en un 70% de las ocasiones con cambios en el hábito intestinal o síntomas sistémicos, como fiebre, pérdida de peso, siendo su complicación más prevalente la obstrucción intestinal.

Ante la sospecha diagnóstica el estudio a elección es la tomografía computarizada con contraste de abdomen y pelvis (TAC C/C AP), donde se puede evidenciar masa de tejido blando, anillo graso y pseudocápsula tumoral, anomalías vasculares, calcificaciones y mesenterio brumoso. El tratamiento inicial en pacientes sintomáticos consiste en glucocorticoides y tamoxifeno. El tratamiento quirúrgico está reservado a pacientes con obstrucción intestinal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 37 años con antecedente de diabetes mellitus 1 y colecistectomía, cursa cuadro de epigastralgia de 2 meses de evolución asociado a diarrea con estrías sanguinolentas intermitentes y pérdida de peso de 7 kilos en 2 meses, con reiteradas consultas médicas, acude a urgencias por exacerbación del dolor, al examen físico destaca abdomen doloroso a palpación, sin signos peritoneales.

Entre los exámenes de laboratorio destaca función renal conservada, perfil hepático y pancreático normal, glicemia normal. Parámetros inflamatorios levemente elevados, orina no inflamatoria. TAC C/C AP: informa aumento de densidad de tejido adiposo mesentérico con aumento de número de linfonodos, con signos de paniculitis mesentérica. Se indicó prednisona, analgesia y control en policlínico de cirugía, posterior a lo cual el paciente evolucionó sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El abdomen agudo es uno de los motivos de consulta más frecuente en el SU, pese a lo infrecuente de la Paniculitis mesentérica, debe ser considerado como diagnóstico diferencial por el médico de urgencias. Su clínica inespecífica puede llevar a diagnósticos equívocos, por lo que el TAC C/C AP sumado a factores de riesgo, como enfermedades autoinmunes deben orientar el diagnóstico, buscando descartar complicaciones que ameriten intervención.

PALABRAS CLAVES

Paniculitis mesentérica, Tomografía computarizada, Abdomen agudo

PARÁLISIS DE TODD COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON CAVERNOMATOSIS MÚLTIPLE CEREBRAL

Autores y Tutores: Bravo Alarcón Javier Cristóbal¹, Guglielmetti Macchiavello Francesca¹, Vera López Scarlett De Lourdes¹, López Aránguiz Silvia Denisse¹, Rosas Álvarez Erich Salvador²

- 1. Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 2. Neurólogo**

INTRODUCCIÓN:

La parálisis de Todd (PT) es una hemiplejía transitoria posterior a una convulsión focal o generalizada, especialmente en pacientes con lesiones cerebrales previas. Estos pacientes suelen haber experimentado crisis convulsivas o epilépticas recurrentes en el último tiempo. Puede acompañarse de afasia, déficit sensorial e incluso parálisis facial.

El objetivo del caso es exponer la PT como diagnóstico diferencial frente a un evento cerebro vascular en pacientes con cavernomatosis múltiple cerebral (CMC).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 47 años con CMC diagnosticada hace 21 años, que ha evolucionado con craneotomía derecha, Accidente Cerebro Vascular (ACV) hemorrágico secueledado y epilepsia de difícil manejo tras intolerancia a múltiples fármacos antiepilépticos (FAE). En tratamiento con Topiramato 50mg/día.

Llevada a servicio de urgencias (SU) por cuadro de disartria, déficit sensitivo-motor del hemicuerpo izquierdo (HI) y cefalea occipital EVA 8/10 tras crisis convulsivas en domicilio. El examen físico evidenció parálisis facial central con hipoestesia de HI. La evaluación con tomografía computarizada y resonancia magnética de cerebro con contraste no evidenció signos de complicación reciente, definiendo ajustar FAE.

Transcurridas 48 horas la paciente recupera focalidad neurológica, confirmando diagnóstico de PT. Durante la hospitalización evolucionó en mejores condiciones generales, se completó estudio de epilepsia y se dio de alta con ajuste de dosis más controles ambulatorios.

DISCUSIÓN

En el caso expuesto, la ausencia de lesiones vasculares agudas en las neuroimágenes y la resolución espontánea post-convulsión orientan al diagnóstico de PT, siendo importante tenerla en consideración como una alternativa diagnóstica ante la sospecha de un ACV en pacientes con lesiones orgánicas conocidas.

CONCLUSIÓN

Este caso destaca la PT como un desafío diagnóstico en pacientes con CMC y epilepsia, donde diferenciarla de un ACV es vital. La recuperación rápida tras el ajuste de medicación subraya no solo la importancia de un diagnóstico preciso, sino también la necesidad de un enfoque terapéutico personalizado. Este enfoque, respaldado por tecnología avanzada como la RMN, permite intervenciones más dirigidas y eficaces, abriendo nuevas posibilidades en el manejo de patologías neurológicas complejas, donde la precisión y la individualización del tratamiento son clave para el éxito clínico.

PALABRAS CLAVES

Hemangioma, Cavernous, Central Nervous System, Todds Paralysis, Case Report

PARO CARDIORRESPIRATORIO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS: REPORTE DE CASO

Autores y Tutores: Ceballos Sánchez Javiera Paz¹, Quiroz Nova Luis Armando¹, Urra Soto Luis Felipe¹, Thomas Herrera Aline Elizabeth¹, Zamponi Bachmann Camila Marcela¹, Astaburuaga Latorre María Jesús¹, Aravena Bravo Pablo Bastián²

- 1. Medicina Universidad Mayor de Temuco**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La intoxicación por organofosforados es una de las principales causas de síndrome colinérgico. Se caracteriza por la estimulación de receptores muscarínicos y nicotínicos a nivel del SNC y placa motora neuromuscular; pudiendo presentarse con afectación de diversos sistemas como el digestivo, en el que se expresa con náuseas, vómitos, diarrea, cólicos; el respiratorio, manifestándose con disnea, broncoespasmos e insuficiencia respiratoria; Neurológico que se presenta desde cefaleas leves hasta convulsiones y coma. Cardiovascular, con taquicardia, bradicardia e hipotensión. Es frecuente que la sintomatología sea dosis-dependiente, presentándose en diversos grados de gravedad que pueden variar desde síntomas leves hasta un paro cardiorrespiratorio (PCR) hipóxico - tóxico y muerte.

Esto es producido por la acumulación de acetilcolina debido a la inhibición irreversible de la acetilcolinesterasa. El diagnóstico se basa en el antecedente de exposición a tóxicos y síntomas clínicos. Su manejo es fundamentalmente medidas de soporte y atropina, debido a que es un inhibidor competitivo de receptores de muscarina revirtiendo los efectos muscarínicos de los organofosforados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 30 años sin antecedentes es traída al servicio de urgencias por consumo de insecticida, en cantidad desconocida. Ingresa comprometida de conciencia, glasgow 3, miosis, sialorrea, diaforesis e inestabilidad hemodinámica, con marcada bradicardia e hipotensión. Se maneja según el ABCDE, aspirando abundantes secreciones de la vía aérea, con desaturación persistente y bradicardia refractaria a tratamiento con atropina. Pese al manejo, la paciente entra en PCR, observándose AESP al monitor. Se inician maniobras de reanimación, se realiza intubación orotraqueal sospechando hipoxemia como causa del PCR. Tras 3 ciclos, se logra retorno a la circulación espontánea, requiriendo atropina en repetidas dosis para mantener hemodinamia estable. Ingresa a UCI para soporte hemodinámico y corrección de trastornos hidroelectrolíticos. Evoluciona favorablemente, se dio de alta a los 21 días de hospitalización.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La intoxicación por organofosforados es poco frecuente y es una de las principales causas de síndrome colinérgico, cuyo manejo es principalmente de soporte y atropina endovenosa. Es fundamental el reconocimiento precoz de esta condición clínica para el manejo oportuno, evitando complicaciones fatales.

PALABRAS CLAVES

Organofosforados, Paro cardiorrespiratorio, Reanimación, Síndrome colinérgico

PIODERMA GANGRENOSO COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CÁNCER DE OVARIO

Autores y Tutores: Guglielmetti Macchiavello Francesca¹, Moreno Lombardi Pilar¹, Bravo Alarcón Javier Cristóbal¹, Dünner Constanzo Aline¹, Guglielmetti Valenzuela Antonio²

- 1. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 2. Dermatólogo, Jefe de la cátedra de Dermatología de la Universidad de Valparaíso**

INTRODUCCIÓN:

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica infrecuente que se presenta con lesiones ulceradas dolorosas, principalmente en las extremidades inferiores. Si bien la etiología es desconocida, se asocia a patologías sistémicas como la Artritis Reumatoide y, con menor frecuencia, puede manifestarse como un Síndrome Paraneoplásico (SP), lo que hace fundamental su estudio. El diagnóstico es clínico y se confirma con biopsia cutánea. El tratamiento es con corticoides y Ciclosporina. Se abordará la presentación clínica del PG con el objetivo de exponer su presentación como única manifestación de un Cáncer Ovárico (CO).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 74 años, sin antecedentes mórbidos significativos salvo por terapia de estimulación ovárica por infertilidad. Consulta a dermatólogo por úlcera en zona frontal de dos meses de evolución, tras cirugía estética. Al examen físico se observa lesión ulcerada con signo de patergia positivo. Se confirma diagnóstico de PG mediante biopsia cutánea y se inicia tratamiento con Dapsone y corticoides intralesionales, mostrando buena evolución. En cuanto al estudio etiológico, la paciente niega pérdida de peso u otros síntomas. Al laboratorio destaca elevación del Antígeno de Cáncer 125 (Ca125) de 85U/ml. Dado antecedentes, se deriva para realización de ecografía transvaginal cuyo informe describe un tumor ovárico izquierdo altamente sospechoso. Tras cirugía oncológica se confirma diagnóstico de CO epitelial izquierdo etapa III-B. La paciente completa quimioterapia, pero fallece a los 80 años debido a la progresión de la enfermedad.

DISCUSIÓN

El PG pertenece a las dermatosis paraneoplásicas, cuyo estudio es crucial, especialmente en presencia de factores de riesgo. Dado que el CO es un cáncer silencioso en etapas tempranas, un SP como el PG puede ser su única manifestación. Por eso, mantener un alto índice de sospecha en pacientes con PG es esencial para detectar a tiempo neoplasias u otras patologías, mejorando así la supervivencia del paciente.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de una mujer añosa diagnosticada con PG, cuyo estudio reveló y permitió el tratamiento de un CO. Si bien hay otras causas de PG, esta puede ser la única manifestación de un cáncer oculto, por lo que siempre debe estudiarse, especialmente en pacientes mayores.

PALABRAS CLAVES

Pyoderma gangrenosum, Paraneoplastic Syndromes, Ovarian neoplasm.

Policondritis Recidivante con Compromiso del Sistema Nervioso Central: a Propósito de un Caso

Autores y Tutores: Titelman Wurmman Matías¹, Nagel Guiloff Pascale¹, Seelmann González Daniela², Duran Weisse María Ignacia², Wurmman Kibliscky Pamela²

- 1. Medicina, Universidad Mayor Santiago**
- 2. Médico Internista – Reumatología**

INTRODUCCIÓN:

La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad infrecuente, caracterizada por inflamación recurrente de tejidos ricos en cartílago y proteoglicanos. Afecta principalmente cartílagos auriculares, nasales y/o de las vías aéreas. Además, el 70% desarrollan artritis y el 60% escleritis. 1/3 está asociado con otras enfermedades inmunes o neoplásicas. 3 al 13% tiene compromiso del sistema nervioso central (SNC) con alta morbimortalidad asociada. La terapia es con corticoides e inmunosupresores. Se ha reportado una buena respuesta a anticuerpos anti-TNF alfa..

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 43 años, con antecedentes de tabaquismo, se hospitaliza por demencia rápidamente progresiva, con trastornos de memoria, conductas pueriles, agitación, compromiso cuali- cuantitativo de conciencia, y pérdida de peso progresiva. Al examen estaba bradipsíquico, disártrico, agitado, con marcha apraxia, hipertonia e hiperreflexia difusa. Del laboratorio destacaba velocidad de sedimentación de 41 mm/hr, proteína C reactiva cinco veces el valor normal, líquido cefalorraquídeo con 10 leucocitos, 100% mononucleares, e hiperproteínorraquia, con un estudio infeccioso completo negativo. El electroencefalograma fue normal. La resonancia del encéfalo mostró focos de incremento de señal periventricular y subcortical bilaterales. Evaluado por reumatología por monoartritis de rodilla, se pesquisa policondritis auricular y escleritis bilateral. El sinovio-análisis resultó inflamatorio, con cultivo y cristales negativos. Se descartaron neoplasias, enfermedades infecciosas y del mesénquima, concluyéndose el diagnóstico de PR con compromiso del SNC. El tratamiento incluyó corticoides y ciclofosfamida, sin respuesta adecuada, por lo que recibe inmunoglobulinas e infliximab. El paciente presentó infecciones graves recurrentes y, fallece tras cinco meses de hospitalización.

DISCUSIÓN

La PR, aunque poco común, es una causa potencial de afección del SNC, manifestándose como encefalitis (40%), meningoencefalitis (24%), meningitis aséptica (24%) siendo un factor de mal pronóstico. En este caso el paciente tuvo una severa encefalitis refractaria a las medidas implementadas. No se conoce bien cuál es la terapia ideal de esta condición.

CONCLUSIÓN

La PR se encuentra entre los diagnósticos diferencial en paciente con demencia progresiva. Los hallazgos en el examen físico son fundamentales para su diagnóstico.

PALABRAS CLAVES

Relapsing Polychondritis, Central Nervous System, Encephalitis

POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Pardo Soto Constanza Belén¹, Manríquez Ulloa Constanza Valentina¹, Aedo Figueroa Javiera Paola¹, Sapunar Schneider Raimundo Andres¹, Saldivia Susperreguy Felipe Ignacio¹, Leal Aburto Alejandra Valentina Lisseth¹, Salinas Aravena Eliezer²

3. Medicina, Universidad Mayor

4. Médico cirujano especialidad Neurología Adulto

INTRODUCCIÓN:

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP por sus siglas en inglés) es una afección del sistema nervioso periférico (SNP) de predominio motor y etiología autoinmune. Su comienzo es insidioso y su curso crónico o remitente-recidivante, pudiendo confundirse con otras patologías del SNP.

Predomina en hombres, con mayor frecuencia entre los 30 y los 50 años. Se caracteriza por debilidad muscular, compromiso sensitivo simétrico proximal, asociado a arreflexia generalizada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un hombre de 52 años con diabetes mellitus tipo II y enfermedad renal crónica etapa IV, con historia de dos meses de evolución de paraparesia y arreflexia patelar, se hospitaliza y se realiza estudio electromiográfico, el cual mostró una polineuropatía sensitivo motora desmielinizante y se indicó tratamiento corticoideal al alta. Se rehospitaliza posteriormente por cuadro de neumonía asociado a empeoramiento de la paresia, al examen físico presenta tetraparesia flácida arrefléctica, según la escala de fuerza muscular presenta M3 en miembros superiores y M1 en inferiores. Se realiza estudio de líquido cefalorraquídeo evidenciándose disociación albúmino-citológica. Se maneja con kinesioterapia y limitado uso de corticoides por descompensación de su patología de base, presentando discreta recuperación de movilidad en miembros inferiores. Posteriormente se realiza tratamiento con inmunoglobulina humana con escasa mejoría.

DISCUSIÓN

El CIDP suele ser una patología de curso crónico, sin embargo también puede evolucionar de forma estacionaria, con empeoramiento progresivo y recaídas. El diagnóstico se basa en la clínica, el estudio electromiográfico y la biopsia. Los pilares de la terapia en su fase inicial son los corticoides intravenosos en altas dosis, inmunoglobulina intravenosa y la plasmaféresis, mientras que la terapia de mantención se basa, principalmente, en el uso de corticoides orales a bajas dosis. El paciente de este caso fue tratado con corticoides orales con leve mejoría desde lo motor, posteriormente se realizó tratamiento con inmunoglobulina con leve respuesta.

CONCLUSIÓN

La CIDP presenta sintomatología inespecífica, asociado a una evolución de la enfermedad variable que no siempre responde al tratamiento adecuado. Esto sumado a que generalmente afecta pacientes jóvenes, laboralmente activos, en quienes pudiese generar una gran discapacidad neurológica, se hace necesario el diagnóstico precoz para iniciar prontamente el tratamiento.

PALABRAS CLAVES

Polyneuropathy, Inflammatory Demyelinating, CIDP

PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL BOTULISMO ALIMENTARIO, UNA AFECCIÓN INFRECUENTE. REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Briones Muñoz Vania Belén¹, Arroyo Briones Jorge Ignacio¹, Canitrot Carreaux Victoria Daniela¹, Malzahn Bello Maximiliano David¹, Mellado Monares Loreto Valentina de Jesús²

- 1. Interno Medicina, Universidad de Concepción**
- 2. Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

El botulismo es una enfermedad mediada por neurotoxinas de la bacteria *Clostridium botulinum*, inhiben la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular produciendo una parálisis flácida descendente aguda, y eventual falla ventilatoria. Se puede adquirir por ingesta de alimentos o a través de heridas. Enlatados y conservas son el origen más frecuente del botulismo alimentario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 72 años, antecedente de hipertensión arterial. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de 1 día de evolución de diplopía, cefalea, náuseas, y letargia. Examen físico sin hallazgos. Evolucionó con sialorrea, disfagia, disartria y falla ventilatoria, requirió ventilación mecánica invasiva. Llegando a tetraplejía en menos de 48 horas, de progresión cefalocaudal. La familia refirió que el paciente consumió productos enlatados caseros 4 días antes, en base a este antecedente y al cuadro clínico se planteó la sospecha de botulismo alimentario. Se realizó el ensayo de detección de toxina botulínica y se administró antitoxina botulínica. A la semana se recibió el informe formal positivo para botulismo. Luego de 4 meses el paciente se dio de alta para continuar rehabilitación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En Chile, entre 2000-2017 se notificaron 19 casos de botulismo, de estos, 2 fueron de origen alimentario. Si bien no es una enfermedad frecuente, genera un compromiso severo cuyo antídoto no se encuentra disponible en todos los centros hospitalarios del país. En vista de esto es esencial mantener un alto índice de sospecha para un diagnóstico precoz.

PALABRAS CLAVES

Botulismo, *Clostridium botulinum*, Neurotoxinas

PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO RECURRENTE ASOCIADO A MALFORMACIÓN MÜLLERIANA; LA IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO PRECOZ.

Autores y Tutores: Villalobos Gahona Juana¹, Chávez Vargas Javiera¹, Arias Inzunza Catalina¹, Fraile Quintero Javiera¹, Cuello Moya Nelson¹, Godoy Nuñez Catalina¹, Celis Rojas Eliana²

- 1. Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 2. Médica Ginecóloga**

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones müllerianas (MM) provienen de alteraciones en la organogénesis que originan anomalías estructurales de los ovarios, trompas, útero, vagina y/o órganos urinarios. Pueden ser asintomáticas o manifestarse como dolor pélvico crónico, dispareunia, proceso inflamatorio pélvico o inclusive abortos a repetición.

Su prevalencia es alrededor de 6.7% en población general, 8% en pacientes con infertilidad primaria y hasta 17% en aquellas con pérdida gestacional recurrente. Dentro de su clasificación estructural, el útero didelfo representa un 8% de los casos, siendo la segunda alteración menos frecuente después de la agenesia uterina.

Debido a su baja prevalencia y clínica inespecífica, son frecuentemente diagnosticadas posterior a complicaciones derivadas de la malformación, poniendo en riesgo la salud ginecológica y reproductiva de las mujeres.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 24 años, nuligesta, con antecedente de ooforectomía izquierda por absceso tubo-ovárico ipsilateral en 2023. Consulta por dolor pélvico invalidante y flujo de mal olor de 2 meses de evolución. Se realiza ecografía abdominal que evidencia región cicatricial con colección hipogástrica de contenido hemorrágico. Se complementa estudio con tomografía de pelvis que informa cambios inflamatorios pelvianos y engrosamiento de pared vesical. La ecografía transvaginal constata útero didelfo: útero derecho sano y útero izquierdo con solución de continuidad y colección heterogénea en tabique vesico-vaginal. Ante clínica, parámetros inflamatorios elevados y deseo de paridad se opta por resolución quirúrgica conservadora, vía laparoscópica, drenando 30 cc de contenido purulento, conservando anexo derecho, sin complicaciones.

Posteriormente se realiza resonancia magnética de pelvis que confirma diagnóstico de malformación mülleriana U3b C2 V0 según la clasificación de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) y la Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica (ESGE), correspondiendo a útero bicorpóreo completo con dos cuellos uterinos y vagina normal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las malformaciones müllerianas son frecuentemente un hallazgo imagenológico, sin embargo, tienen el potencial de causar daño significativo en la salud sexual de la mujer, perjudicando su fertilidad y ocasionando síntomas crónicos que tienen importantes repercusiones sobre su calidad de vida. Es por esto que un diagnóstico precoz es fundamental para el manejo óptimo de estas pacientes.

PALABRAS CLAVES

Malformación Mülleriana, Proceso inflamatorio pélvico, Útero didelfo

PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA SEGMENTARIA RENAL COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE TRAUMA RENAL CONTUSO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Muñoz Rifo Yonatan¹, Muñoz Bobadilla Javiera¹, Muñoz Chamorro Camila¹, Palacios Gouet Camila¹, Grandón Campos Jacques¹, Orellana Suazo Raúl¹, Lobos Fredes Rodrigo Andrés²

- 1. Medicina, Universidad de Concepción**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

Los traumas renales son una patología prevalente que corresponde del 1 al 5% de todos los traumas, de los cuales el 90% son cerrados y su manejo usualmente es conservador. El pseudoaneurisma es una complicación vascular asociada al 1% de los tratamientos quirúrgicos sin embargo, la literatura muestra que su presentación en el trauma renal cerrado es muy infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre, 30 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en servicio de urgencias posterior a colisión de baja energía con contusión abdominal dolorosa que posteriormente evoluciona con hematuria macroscópica. Al examen físico, abdomen sensible a la palpación, con Blumberg y puño percusión positivos en flanco izquierdo. Pruebas de laboratorio destaca: Creatinina 0.8 mg/dl, Velocidad de filtración glomerular 118 mL/min/m², Hemoglobina 14.1 gr/dl, Leucocitos 17.8 x10³/uL, Plaquetas 266 x10³/uL. Urografía por Tomografía computarizada (URO TC) de ingreso objetivó trauma renal cerrado grado IV, el cual se manejó de forma conservadora con buena evolución. Una semana después se realiza URO TC de control donde se pesquisa pseudoaneurisma de la arteria segmentaria superior izquierda, el cual se trata con embolización, con buena respuesta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El pseudoaneurisma es una complicación muy infrecuente en el contexto de un trauma renal cerrado, este caso es útil para enfatizar la importancia de realizar una imagen de control previo al alta para poder pesquisar complicaciones infrecuentes que son difíciles de diagnosticar y necesitan un alto índice de sospecha, pero que pueden suponer un riesgo vital si no se tratan.

PALABRAS CLAVES

Manejo Conservador, Pseudoaneurisma Renal, Trauma Renal Contuso.

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Vásquez Marín Camila Andrea¹, Gutiérrez Cifuentes Fernanda Magdalena¹, Montenegro Cárcamo Francisca Javiera¹, Lagos Ortiz Cristóbal Alonso¹, Osorio Hernández Pía María¹, Vásquez Marín Antonia Alejandra², Letelier Melillan Melita Andrea³

1. **Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco**
2. **Medicina, Universidad de la Frontera**
3. **Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El pseudomixoma peritoneal es una patología infrecuente, caracterizada por la acumulación de material mucinoso producido por células tumorales en la superficie peritoneal. Su incidencia es de uno a tres casos en un millón al año. Puede corresponder a un hallazgo incidental, o presentarse con dolor abdominal, distensión abdominal, y en casos avanzados aumento de la circunferencia abdominal por ascitis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 71 años, con antecedente de HTA, ERC etapa III y hernia umbilical no complicada. Consulta en CESFAM por cuadro de 6 meses de evolución de aumento de circunferencia abdominal, asociado a baja de peso no cuantificada. Niega dolor abdominal, fiebre ni sudoración nocturna. Derivado a H. Pitrufquén, se evidencia ascitis grado III, se realiza punción diagnóstica con salida a líquido ascítico de consistencia gelatinosa citrina, no procesable en laboratorio. En exámenes de laboratorio destaca CEA elevado. TAC abdomen y pelvis con contraste impresiona severa ascitis organizada, alteración de la posición del bazo, múltiples quistes esplénicos, nefrolitiasis izquierda no obstructiva, moderada elongación y ateromatosis mixta aortoiliaca, hernia umbilical no complicada, atelectasia lineal subsegmentarios en base pulmonar derecha. Presentado a comité oncológico, se indica toma de biopsia por laparoscopia exploradora. Dentro de hallazgos intraoperatorios se evidenció la cavidad peritoneal con múltiples lesiones nodulares blanquecinas en la pared, líquido peritoneal gelatinoso citrino abundante, adherencias del hemiabdomen superior y peritoneo friable. Se indica alta a domicilio y control ambulatorio con cirugía general. Se rescata informe anatomopatológico de peritoneo parietal, que plantea hallazgos morfológicos compatibles con pseudomixoma peritoneal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El pseudomixoma peritoneal es una entidad clínica infrecuente producida por un tumor primario adenomucinoso, principalmente por neoplasia mucinosa apendicular. Se puede asociar a tumores de ovario, peritoneo diafragmático, espacio retrohepático, hueco pélvico y epiplón. Por esto, es necesario realizar estudios complementarios para determinar el origen de esta patología y establecer un adecuado tratamiento.

Este caso refleja la importancia de considerar este diagnóstico diferencial ante un cuadro de ascitis, para realizar los estudios correspondientes que nos permitan identificar el tumor primario y realizar un tratamiento precoz.

PALABRAS CLAVES

Pseudomyxoma peritonei, ascites, mucinous adenocarcinoma

Pseudoquiste de líquido cefalorraquídeo como complicación de derivación ventrículo-peritoneal en un paciente pediátrico.

Autores y Tutores: Hunfan Cortés Paola Valentina¹, Espinoza Torres Martín Ignacio¹, Figueroa Jara Isadora Rocío¹, Herrera Muñoz Guillermo Javier¹, Caldentey Marticorena Vicente Javier¹, Valdés Quezada Alonso Esteban¹, Estrada Flores Valeria Antonia²

- 1. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.**
- 2. Médica Cirujana Residente de Neurología**

INTRODUCCIÓN:

La derivación ventrículo-peritoneal (DVP) corresponde al gold standard como tratamiento del diagnóstico de hidrocefalia tanto congénita como adquirida en pacientes pediátricos y adultos. La instalación de catéteres derivativos permite el flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR) desde el ventrículo cerebral lateral derecho hasta el peritoneo, para que de esta forma sea absorbido por los mesos del peritoneo. Los pseudoquistes de LCR son una complicación poco común de la DVP, con una incidencia de 0.25-10%. En estos casos, el LCR se acumula en el peritoneo y no logra absorberse de manera eficiente a través de la serosa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 12 años de edad, con antecedente de macrocefalia diagnosticada en control pediátrico de los 6 meses de edad y que fue estudiada con Tomografía Computada (TC) de cerebro que confirmó diagnóstico de Hidrocefalia por quiste de Dandy-Walker, con instalación de 2 válvulas DVP a los 4 años de edad. Acudió a control con cirujano pediátrico en Red Salud UC. En esta consulta paciente refiere distensión abdominal, síntomas de reflujo gastroesofágico y saciedad precoz, por lo que su cirujano tratante solicitó estudio imagenológico para evaluar mal vaciamiento gástrico, con sospecha de complicación de DVP. Se realizó estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno (EED), evidenciándose estómago y duodeno desplazados hacia hemiabdomen derecho, además de opacidad completa de hemiabdomen izquierdo, hallazgos sugerentes de pseudoquiste intraabdominal. Se complementó estudio con TC de abdomen y pelvis en la que se observa extensa lesión quística unilocular que ocupa gran parte del abdomen anterior y excavación pelviana, compatible con pseudoquiste de LCR de 22x11.5x29.7 cm de diámetro, con desplazamiento significativo de las asas intestinales a la derecha y leve hidroureteronefrosis secundarias al efecto de masa de la lesión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El pseudoquiste de LCR es una complicación rara de las válvulas DVP, que ocurre con más frecuencia en la población pediátrica dada la mayor incidencia de hidrocefalia en este grupo etario. En el estudio contrastado de EED se puede confundir el hallazgo con una malrotación intestinal, cuadro con presentación clínica y radiográfica similar, por lo que es de suma importancia considerar el antecedente de DVP para sospechar esta patología.

PALABRAS CLAVES

Pseudocyst, ventriculoperitoneal shunt, abdominal complications

PSICOSIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEUROSÍFILIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores y Tutores: Moreno Lombardi Pilar¹, Estefane Durán Andrés Ignacio¹, Maldonado Kopaitic Josefina Antonia¹, Guglielmetti Macchiavello Francesca¹, Abarca Susarte Maximiliano²

- 1. Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 2. Psiquiatra**

INTRODUCCIÓN:

La neurosífilis es una complicación de la sífilis, causada por infección del sistema nervioso central (SNC) por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, más común en hombres jóvenes, inmunosuprimidos y/o con conductas riesgosas. Presenta múltiples manifestaciones, entre ellas la psicosis, cuya presentación como primera manifestación de neurosífilis es infrecuente en la literatura. Presentamos el caso de un paciente que consulta por psicosis, cuyo estudio reveló el hallazgo de neurosífilis como causa subyacente. Su publicación busca resaltar la importancia del estudio etiológico acabado y alto índice de sospecha para un diagnóstico y tratamiento oportunos, evitando mayor compromiso de los afectados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 24 años, sin antecedentes, presenta cuadro de una semana de evolución de confusión y conductas bizarras, asociado a discurso incoherente, ideas grandiosas, paranoides y de persecución. Al evaluarlo estaba desorientado y agitado, con pensamiento desorganizado, lenguaje no notificativo e ideas delirantes de perjuicio. Además, refirió alucinaciones auditivas ocasionales. Ante episodio psicótico, se ingresa para estudio de laboratorio y tomografía computada (TC) de encéfalo sin contraste, destacando leucopenia linfocítica, serología positiva para sífilis (dilución 1/32) y VIH, iniciando tratamiento antibiótico y posponiendo terapia antirretroviral ambulatoria. TC reveló disminución del volumen del parénquima encefálico y leve ventriculomegalia. Ante sospecha de compromiso infeccioso del SNC, se analiza líquido cefalorraquídeo, confirmando neurosífilis (dilución 1/16). Completó tratamiento correspondiente, presentando rápida y favorable respuesta, disminuyendo los síntomas psicóticos y permitiendo alta médica con seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El diagnóstico de neurosífilis es desafiante por su capacidad de imitar múltiples patologías neuropsiquiátricas. Retrasos del diagnóstico y tratamiento pueden significar un pronóstico ominoso y secuelas devastadoras. Aunque la psicosis como primera manifestación es infrecuente, resulta fundamental mantener alto índice de sospecha y considerar la neurosífilis entre los diagnósticos diferenciales, pues, como refleja el caso presentado, su diagnóstico y tratamiento oportunos pueden mejorar significativamente los resultados clínicos y pronóstico.

PALABRAS CLAVES

Neurosífilis, Psicosis, Sífilis

RECONSTRUCCIÓN ACETABULAR COMPLEJA CON TÉCNICA T-MARS EN PACIENTE ONCOLÓGICO CON DEFECTO PAPROSKY TIPO 4

Autores y Tutores: Moesicke Pichicón Camila Belén¹, Astaburuaga Latorre María Jesús¹, Ayala Sierra Rodrigo Alonso¹, Lagos Ortiz Cristóbal Alonso¹, Aedo Figueroa Javiera Paola¹, Marín Plaza Rodrigo Eduardo²

- 1. Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco**
- 2. Médico Cirujano especialista Traumatología y Ortopedia**

INTRODUCCIÓN:

El incremento en las artroplastias primarias ha llevado a un aumento proporcional en las revisiones, siendo la revisión acetabular particularmente compleja en casos de pérdida ósea severa, defectos extensos y migración del implante. Estos factores complican la planificación y ejecución de la cirugía, requiriendo técnicas avanzadas y enfoque multidisciplinario para restaurar la biomecánica de la cadera y mejorar la calidad de vida del paciente. En este trabajo, se presenta un caso clínico que ilustra estos desafíos, describiendo el uso de un implante para manejar la complejidad de la revisión acetabular en un paciente con historial complicado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 73 años con antecedentes de melanoma en la extremidad inferior izquierda, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, y fractura de cadera izquierda tratada con endoprótesis bipolar en 2020. En 2024, inicia dolor posterior a sobrecarga articular, que resulta en protrusión central de prótesis, programándose cirugía de revisión. En mayo de 2024, se realiza revisión que revela un defecto óseo severo y disociación pélvica (Paprosky tipo 4), procediéndose a una reconstrucción con técnica T-MARS (Trabecular Metal Acetabular Revision System). Se realiza limpieza y fresado, rellenando el defecto con injerto y colocando una copa de revisión de metal trabecular fijada con tornillos, completando la reconstrucción con cementación y colocación de vástago y cabeza, comprobando estabilidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es fundamental realizar una correcta etapificación de comorbilidades en pacientes catalogados como 'terminales'. Herramientas de inteligencia artificial, como el modelo OPT, son útiles para estimar la sobrevida en pacientes con cáncer y fracturas, proporcionando una estimación precisa, crucial para decidir entre una prótesis de cadera total o bipolar. En este caso, una evaluación adecuada que anticipara una sobrevida mayor a tres años habría indicado una prótesis total. Una etapificación precisa optimiza los resultados quirúrgicos y mejora la calidad de vida a largo plazo. Los implantes acetabulares a medida son una opción efectiva para tratar defectos óseos acetabulares severos y discontinuidad pélvica tipo IIIA-B de Paprosky. La técnica T-MARS permitió una adaptación precisa al hueso residual, restaurando la biomecánica de la cadera con resultados satisfactorios a mediano plazo. Aunque los resultados son prometedores, se necesita evaluar su durabilidad en casos complejos.

PALABRAS CLAVES

Hip Prosthesis, Bone Resorption, Prosthesis Failure, Neoplasms, Artificial Intelligence

Reconstrucción del Tracto Digestivo Posterior a Necrosis de Tubo Gástrico, Reporte de Caso

Autores y Tutores: Ramos Huañaco Camila Beatriz¹, Rodríguez Rivera Marco Alfonso¹, Segura Díaz Gabriela Andrea¹, Tobar Lefio Karla Javiera¹, González Arboleda Franz Alberto²

1. Medicina, Universidad Católica del Maule
2. Cirujano General

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción del tracto digestivo (TD) posterior a una esofagectomía requiere de ascenso gástrico. La esofagectomía de McKeown híbrida (EMH) tiene una incidencia de complicaciones postoperatorias del 20- 30%, donde la necrosis del tubo gástrico corresponde a menos del 5% de los casos. Ante estas complicaciones la opción para reconstruir el TD es un Ascenso colónico retroesternal, procedimiento quirúrgico avanzado que aprovecha la longitud y vascularización del colon para crear un nuevo conducto esofágico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 65 años, con antecedentes de Carcinoma Escamoso en tercio medio esofágico (CAE), estadio T2N0M0. En 2019 se realizó EMH, linfadenectomía y confección de yeyunostomía; resultó sin inconvenientes y sin hallazgos de carcinomatosis. En su quinto día postoperatorio se pesquisó infección de herida quirúrgica a nivel cervical y derrame pleural izquierdo, por lo cual se realizó exploración cervical que evidenció necrosis de tubo gástrico; se realizó Endoscopia Digestiva Alta que mostró necrosis de 18- 25 cm hasta antro. Se decidió dismantelar esofagogastroyeyuno anastomosis y resección de segmento gástrico necrosado mediante cervicotomía y laparotomía; quedó con esofagostomía cervical, gastrostomía con Sonda Petzel tipo Stamm a tubo gástrico con salida a flanco izquierdo y yeyunostomía, sin inconvenientes.

Mantuvo alimentación por gastrostomía, controles con médico tratante y nutricionista. En 2023, tras cuatro años sin evidencia de recidiva neoplásica, se realizó cirugía electiva de reconstrucción mediante ascenso colónico retroesternal (esofago-colon anastomosis, reforzado con colgajo de músculo esternocleidomastoideo; colo-gastro anastomosis; ileo-colo anastomosis), que resultó y evolucionó de forma exitosa. Actualmente se mantiene estable, sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este caso describe el manejo complejo y exitoso del CAE. Dentro de la historia se destaca la necrosis del tubo gástrico post-esofagectomía, que es una complicación grave, poco frecuente de etiología multifactorial, sin embargo, la intervención oportuna es esencial para la sobrevivencia del paciente. Por otro lado, la reconstrucción esofágica por ascenso del colon retroesternal es una técnica compleja pero efectiva para restablecer la continuidad del tracto digestivo superior. El éxito de este procedimiento demuestra la viabilidad y efectividad en pacientes complejos.

La evolución favorable de la paciente, sin complicaciones a largo plazo, proporciona valiosos insights para el manejo de casos similares en el futuro.

PALABRAS CLAVES

Esophageal reconstruction, Colon interposition. Esophageal cancer

Revisión Enfermedad de Cushing por microadenoma hipofisario: reporte de un caso

Autores y Tutores: Rehbein Valenzuela Hans Helmut¹, Cornejo Ayala Laura Fernanda², Contreras Cañas Isabel Margarita², Valdivia Leighton Bernardita Cristina², Arancibia Vega Matías José², Castillo Ríos Catalina Paz², Rojas Zalazar David Ignacio³

1. Medicina, Universidad de Valparaíso
2. Medicina, Universidad Mayor
3. Neurocirujano

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Cushing es el resultado de una exposición prolongada a glucocorticoides, asociada a morbilidad y mortalidad significativas (1). Cuando la causa es un tumor hipofisario se denomina Enfermedad de Cushing (EC), cuya prevalencia es de 0,7-2,4 por millón de personas. Es importante el diagnóstico precoz, con una anamnesis acuciosa, y documentar la hipercortisolemia con cortisol urinario, cortisol salival nocturno o prueba de supresión con dexametasona. Para la identificación imagenológica se prefiere la resonancia magnética de silla turca (2). El manejo de la EC es la resección quirúrgica transesfenoidal, logrando una resolución del 80% en microadenomas. Se espera un nivel de cortisol sérico postquirúrgico <2 ug/dL (3). El objetivo de este artículo es reportar un caso de EC tratado exitosamente y sin recidivas al año de seguimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 27 años con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico y cierre de foramen oval persistente, consulta por cambios faciales y atrofia muscular de extremidades. Al examen físico se evidencia facies plétórica, equimosis facial, relleno supraclavicular, estrías abdominales y atrofia muscular proximal. Cortisol libre urinario en 989 ug/24 h (valor normal: < 60 ug/24h). TAC de Tórax: pequeñas imágenes hipodensas parcialmente oclusivas a nivel de la bifurcación arterial pulmonar izquierda, sugerente de tromboembolismo subagudo. Se instala filtro de vena cava. RM silla turca: formación hipocaptante bilobulada de 5x4x4mm, compatible con adenoma. Se resecciona microadenoma vía transesfenoidal. Evoluciona satisfactoriamente, con síntomas precoces de hipocortisolismo, objetivados con mediciones de cortisol a las 12 y 36 hrs postoperado, que evolucionan a 3,8 y 0,9 ug/dL, iniciándose suplementación con hidrocortisona. Hematología sugiere clexane y posterior traslape a warfarina.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La EC es una entidad multisistémica, con gran morbilidad, mortalidad y complicaciones a largo plazo, por lo que es indispensable un diagnóstico y tratamiento temprano.

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Cushing, Adenoma hipofisario, glucocorticoides.

ROTURA BILATERAL SIMULTÁNEA DE TENDÓN PATELAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Astaburuaga Latorre María Jesús¹, Cordero Guerra Julián Adrián¹, Pardo Soto Constanza Belén¹, Zamponi Bachmann Camila Marcela¹, Zamponi Bachmann Enzo Cristobal¹, Villablanca Platter Víctor Andrés²

- 1. Medicina, Universidad Mayor de Temuco**
- 2. Médico cirujano, especialista en Ortopedia y traumatología**

INTRODUCCIÓN:

La ruptura bilateral de tendón patelar es una lesión extremadamente rara del aparato extensor de la rodilla, reportada principalmente en casos aislados. Aunque su incidencia exacta no se conoce, es común en pacientes menores de 40 años que practican deportes. La inserción del tendón en el polo inferior de la rótula es el sitio más frecuentemente afectado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes médicos, durante práctica de fútbol sufre contracción excéntrica del cuádriceps con ambas rodillas en flexión, evolucionando con dolor e impotencia funcional súbito de ambas rodillas. Al examen físico presenta aumento de volumen y dolor prepatelar bilateral, rótulas altas, gap palpable infrapatelar bilateral con disfunción de aparato extensor de ambas rodillas, sin inestabilidad en planos antero-posterior ni latero-medial.

Radiografías AP-lateral y tomografía computarizada de ambas rodillas, muestran ascenso de ambas rótulas, y ausencia de cuerpos libres intraarticulares u otras lesiones asociadas. Se hospitaliza para resolución quirúrgica con diagnóstico de rotura traumática bilateral de tendón patelar que se confirma posteriormente en el intraoperatorio. El tratamiento inicial consistió en inmovilización con rodillera de yeso en extensión de ambas rodillas a la espera de resolución definitiva. La cirugía incluyó la reparación simultánea de ambos tendones con técnica de anclaje óseo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La ruptura bilateral del tendón patelar en pacientes sin comorbilidades es extremadamente rara, con menos de 20 reportes en la literatura. Los factores de riesgo conocidos incluyen diabetes mellitus, hiperparatiroidismo, enfermedad renal crónica y el uso de corticosteroides, ninguno de los cuales estaba presente en este paciente.

Aunque la resonancia magnética es el estándar de oro para el diagnóstico, el diagnóstico clínico sigue siendo crucial, y las imágenes ayudan a descartar lesiones asociadas. Las opciones quirúrgicas incluyen reparación con túneles (gold standard) o con anclas; se eligió esta última técnica para completar la cirugía en un solo tiempo quirúrgico. El paciente evolucionó favorablemente, mostrando extensión completa y flexión de 100º a los dos meses y medio, con sesiones continuas de kinesioterapia para fortalecer el cuádriceps.

PALABRAS CLAVES

Patellar tendón, Rótulas altas, rotura ligamentaria, rotura bilateral

SHOCK COMPLEJO EN PACIENTE HOSPITALIZADO: IMPORTANCIA DE SU CARACTERIZACIÓN PARA DETERMINACIÓN DE CONDUCTA.

Autores y Tutores: Franzani Alarcón Fernanda Macarena¹, Gutiérrez Calquín Leticia Belén², Alcaíno Navarro Javier Patricio¹, Núñez Espinoza Carola Sol¹, Infante Perez Vaitiare Anabelle¹, Calquin Labra Mateo³, Bahamonde Mella Melany Franchesca⁴

1. **Interno de medicina, Universidad de Talca**
2. **Interna de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
3. **Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
4. **Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El shock, definido como desbalance entre oferta y demanda de oxígeno tisular, representa una falla circulatoria que pone en riesgo la vida del paciente. En el servicio de urgencias, el shock hipovolémico y séptico son los más comunes, con una prevalencia de 39 y 33% respectivamente. Cada tipo requiere un manejo específico dirigido a la causa subyacente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 73 años, sin antecedentes, derivado para estudio de poliartralgia. Inicialmente hospitalizado por cuadro de 72 horas de fiebre intermitente, dolor de articulación de muñeca izquierda y alza de parámetros inflamatorios (PI). Manejado con Cefazolina 5 días, sin mejoría, evolucionando con extensión de la clínica a extremidad inferior izquierda. Se realizó ecografía doppler que reveló con trombosis venosa profunda de la extremidad, iniciándose anticoagulación con heparinas. A su ingreso al centro de referencia, se presenta hemodinámicamente estable, subfebril. Laboratorio inicial destaca hemoglobina 8.7 g/dL y PI elevados. Ante esto, se reinicia antibioticoterapia. A las 24 horas posteriores, evoluciona con palidez mucocutánea, sudoración profusa, somnolencia, oliguria y deposiciones melénicas. Hemoglobina control 5.8 g/dL. Se indica volemicización y transfusión de hemoderivados. Endoscopia de urgencias reveló úlcera gástrica Forrest-III. Estudio posterior evidencia hemocultivo positivo para cocáceas gram (+), replanteando diagnóstico de shock séptico y con inicio de Vancomicina EV; asociado a tomografía compatible con espondilodiscitis L4-L5 y empiema pleural bilateral con cultivo positivo para Staphylococcus hominis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En pacientes hospitalizados, el shock séptico es la causa más frecuente, especialmente cuando existe un foco infeccioso conocido. Sin embargo, la presencia de anticoagulantes y signos de sangrado digestivo sugiere un shock hipovolémico secundario a hemorragia. En este contexto, su identificación temprana y tratamiento endoscópico de urgencia es crucial para mejorar su pronóstico y disminuir la mortalidad, así también el inicio precoz de antibioticoterapia en la sepsis. Considerar que en hasta un 20% de los casos el cuadro puede ser multifactorial.

El shock es un cuadro que pone en riesgo la vida del paciente e identificarlo tempranamente se relaciona inversamente con su mortalidad.

PALABRAS CLAVES

Anticoagulantes, Sepsis, Shock Hemorrágico, Shock Séptico

Shock séptico secundario a perforación de hernia inguinal no diagnosticada

Autores y Tutores: Heller Fuenzalida Josefina¹, Sarmiento Wiegand Beatriz¹, Tubero González Fabiana Catalina¹, Marchant Sanhueza Sofia Alejandra¹, Avendaño Vargas Francisco Javier¹, Bustamante Duarte Esperanza Annie²

- 1. Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello**
- 2. Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

El trauma abdominal cerrado representa un 80% de lesiones abdominales en los servicios de urgencia. En la mayoría de los casos existe concomitancia de lesiones intra y extra abdominales, lo que dificulta el diagnóstico. Menos del 5% de las veces, la víscera afectada es el intestino delgado. El manejo inicial contempla evaluación primaria y ecografía o tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis según la estabilidad del paciente. En caso de evidenciar injuria de órganos abdominales, debe realizarse una laparotomía exploradora.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 33 años con antecedente de hernia inguinal izquierda, acudió a urgencia por traumatismo abdominal de baja energía. Presentó intenso dolor abdominal asociado a vómitos y aumento de volumen reductible a nivel inguinal izquierdo. La TC de abdomen y pelvis mostró una hernia inguinal izquierda, líquido y gas libre peritoneal. Se realizó laparotomía exploradora, con el hallazgo de peritonitis difusa con abundante líquido libre intestinal, perforación intestinal de 1 cm en íleon a 40 cm de la válvula ileocecal, con asa vital. Se realizó rafia de perforación intestinal y hernioplastia inguinal izquierda sin malla. Durante intraoperatorio, paciente entró shock, por lo que se deja laparotomizado con cierre asistido por vacío. Al día siguiente, se realizó cierre de cavidad y se traslada a Unidad del Paciente Crítico, donde el paciente evoluciona favorablemente y es trasladado a sala al octavo día.

DISCUSIÓN

El antecedente de hernia inguinal es un factor de riesgo que contribuye a la perforación de vísceras huecas en contexto de traumatismo abdominal cerrado, independiente si la fuerza del traumatismo es aplicada sobre la hernia o a distancia. Es un cuadro infrecuente, con graves consecuencias. En el caso presentado, el anillo herniario no mostró signos de estrangulamiento ni hiperemia, lo que sugiere que el impacto del traumatismo en sí mismo fue suficiente para causar perforación.

CONCLUSIÓN

Si bien la perforación de vísceras huecas en el contexto de traumatismo abdominal cerrado en pacientes con antecedentes de hernia inguinal es extremadamente rara, sus consecuencias pueden ser graves y potencialmente mortales. Este caso subraya la necesidad de una evaluación detallada, un manejo quirúrgico adecuado y una monitorización postoperatoria rigurosa.

PALABRAS CLAVES

Perforación intestinal, Traumatismos Abdominales, Hernia Inguinal.

SÍNDROME DE BALINT: REPORTE DE CASO

Autores y Tutores: Gutiérrez Cifuentes Fernanda Magdalena¹, Montenegro Cárcamo Francisca Javiera¹, Lagos Ortiz Cristóbal Alonso¹, Osorio Hernández Pía María¹, Vásquez Marín Camila¹, Barbieri Muñoz Enzo Ignacio¹, Álvarez Muñoz Teresa Alejandra²

1. Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco
2. Médico Cirujano

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Balint corresponde a un cuadro clínico caracterizado por la tríada de ataxia óptica, apraxia oculomotora y simultagnosia. Es una afección incapacitante poco frecuente, la información descrita en la literatura se basa principalmente en reporte de casos, no existiendo datos exactos sobre incidencia y prevalencia. La etiología es diversa, siendo la causa más común infartos isquémicos en áreas parietales y occipitales bilaterales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 54 años con antecedentes de diabetes mellitus no insulino requiriente, estenosis crítica del cono aórtico e ilíaco bilateral. Consulta en servicio de urgencias (SU) por cuadro de 5 días de evolución de mareos, alteración de agudeza visual y dismetría de la marcha. Refiere el día anterior al inicio de síntomas, caída a nivel con golpe en costado derecho del tórax, sin trauma craneal. Al examen físico destaca alteración campimetría visual temporal izquierda y dismetría a izquierda, resto normal. Exámenes de laboratorio destaca glicemia 585. TAC de cerebro sin contraste informa infartos subagudos tardíos frontoparietales derechos, temporo-occipitales derechos y caudado derecho. Se decide hospitalizar para evaluación por especialidad. Evaluación por neurología destacó simultagnosia, pares craneales: déficit evidente del campo temporal del ojo izquierdo y del cuadrante superior nasal de ojo derecho; prueba índice nariz compatible con ataxia óptica. Actualmente paciente en seguimiento por especialidad de neurología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Pese a la rareza del Síndrome de Balint, el caso presentado contenía la tríada diagnóstica compatible con el diagnóstico. La falta de conocimiento al respecto podría llevar a un diagnóstico erróneo y por ende un manejo inadecuado o insuficiente. El estudio imagenológico con tomografía computarizada (TC) y/o la resonancia magnética (RM) del cerebro suelen orientar a la etiología subyacente. El pronóstico depende principalmente al diagnóstico oportuno y causal del cuadro, lo que lleva a adecuada prevención secundaria y rehabilitación ocupacional enfocada en potenciar capacidades indemnes para reducir el grado de discapacidad causado por los síntomas discapacitantes.

PALABRAS CLAVES

Apraxia, Ataxia, Simultagnosia

SÍNDROME DE EMANUEL: UNA RARA PATOLOGÍA DERIVADA DE UN CROMOSOMA SUPERNUMERARIO

Autores y Tutores: Torrejón Gutiérrez Monserrat¹, Schiappacasse García Chiara¹, Muñoz Pizarro María Ignacia¹, Schwerter Catalán Sigrid¹, Pacheco Miranda Daniela¹, Schnaidt Letelier Francisca¹, Vergara Muñoz Camila²

- 1. Medicina, Universidad Andrés Bello**
- 2. Médico Pediatra**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Emanuel es un trastorno genómico debido a la presencia de un cromosoma 22 derivado supernumerario. Se caracteriza por discapacidad intelectual severa, hipotonía, microcefalia, dismorfismos faciales, paladar hendido, defectos cardíacos y anomalías renales. El diagnóstico es mediante la detección de duplicación del cromosoma 22q10 – 22q11 y duplicación del cromosoma 11q23 en un cromosoma supernumerario derivativo 22 (der(22)). Es una patología rara, con alrededor de 200 casos reportados en el mundo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente sexo femenino de 1 mes y 11 días, con antecedente de ser recién nacida de término, pequeño para la edad gestacional severo y con diagnóstico antenatal de agenesia de cuerpo calloso. Al nacimiento presenta síndrome de distrés respiratorio transitorio, manejado en neonatología. Al examen se pesquisa hipotonía de predominio axial, fisura labiopalatina, asimetría facial, fosita preauricular derecha, implamntación baja de pabellones auriculares y cuello alado, flexible y con piel redundante. Se estudia con Resonancia Magnética de cerebro, que informa ventriculomegalia por disminución del volumen de sustancia blanca; Ecocardiograma con estenosis pulmonar leve; Ecografía de abdomen y pélvis normal; Nasofibrobroncoscopia que evidencia laringomalacia tipo 1; Cariograma que informa 47XX +22 der(22)(q13); Cariograma de padre normal y Cariograma de madre informa 46XX, t(11;22)(q25;q13). Se realiza diagnóstico de síndrome de Emanuel. Una vez resuelto el cuadro agudo, se decide continuar con controles ambulatorios en nutriología, neurología y consejería genética.

DISCUSIÓN

Clínicamente, este síndrome se caracteriza por retraso en el crecimiento pre y postnatal, hipotonía, déficit intelectual severo con retraso en el desarrollo psicomotor, microcefalia y múltiples malformaciones faciales, lo que coincide con el caso clínico presentado. El diagnóstico es mediante cariotipo del paciente y de los padres, puesto que es una patología hereditaria en el que uno de los padres es portador de una traslocación entre el cromosoma 11 y 22 t(11;22)(q23;q11.2). Tal como se hizo en este caso, la recomendación es que el manejo sea multidisciplinario.

CONCLUSIÓN

La patología presentada cuenta con un escaso número de casos reportados a nivel mundial, por lo que es importante su difusión científica, tanto para la educación continua de profesionales de la salud como para los pacientes afectados por esta y sus familias.

PALABRAS CLAVES

Emanuel síndrome, Supernumerary der(22) syndrome, Congenital Abnormality, Pediatrics

SÍNDROME DE FIEBRE PERIÓDICA, ADENOPATÍAS, FARINGITIS Y AFTAS ORALES, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Autores y Tutores: Herrera Muñoz Guillermo Javier¹, Figueroa Jara Isadora Rocío¹, Caldentey Marticorena Vicente Javier¹, Hunfan Cortés Paola Valentina¹, Espinoza Torres Martín Ignacio¹, Antilaf Zúñiga Fabián Eduardo¹, Hernández Castro Martín Andrés²

- 1. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de fiebre periódica, adenopatías, faringitis y aftas orales (PFAPA) es una condición poco entendida pero común en la infancia, cursando con fiebres recurrentes de 3 a 6 días y síntomas como estomatitis, adenitis cervical y faringitis. Debido a su similitud con cuadros de faringoamigdalitis infecciosa existe un elevado error diagnóstico asociado a tratamientos antibióticos inadecuados, destacando la necesidad de reconocer a esta entidad para realizar una derivación oportuna.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 8 años, consulta por episodios de fiebre mayor a 39°Celsius, autolimitados de 1 semana de duración, que recurren cada 2 semanas, asociados a calosfríos, aftas en amígdalas y fatiga. Al consultar en repetidas ocasiones se le diagnosticó amigdalitis, por lo que estuvo 13 meses recibiendo amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico, generando desmineralización dentaria e intolerancia gástrica. Durante la última crisis se solicitaron exámenes, destacando proteína C reactiva en 10.1 mg/dL y leucocitos en 18.000, siendo derivado a inmunólogo, quién realizó el diagnóstico e indicó prednisona oral en dosis única, cediendo el cuadro.

DISCUSIÓN

La etiología exacta del síndrome PFAPA se desconoce, sin embargo, se piensa que implica una respuesta inmunológica desregulada desencadenada por un agente infeccioso, generalmente antes de los 5 años. Los síntomas típicos incluyen fiebre persistente, aftas orales, faringitis o adenopatías cervicales, debiendo estar al menos uno de los 3 presentes. Ante la sospecha el rol de médico general es derivar a especialista en inmunología, quién realizará el diagnóstico en base a criterios clínicos, elevación de parámetros inflamatorios y exclusión de otras causas. El tratamiento se centra en corticoides, colchicina e inmunomoduladores, como, por ejemplo, cimetidina, pudiendo considerar además la amigdalectomía en pacientes seleccionados.

CONCLUSIÓN

Es importante considerar el síndrome PFAPA en pacientes pediátricos que consultan por fiebre recurrente asociado a los síntomas anteriormente descritos y con mala respuesta a tratamientos previos, permitiendo una derivación oportuna a especialista. Los tratamientos antibióticos prolongados derivados del error diagnóstico predisponen a efectos adversos, tales como desmineralización ósea, alteración del microbioma y resistencia bacteriana, lo que se asocia además a costos económicos y consecuencias psicológicas importantes en el paciente y su familia.

PALABRAS CLAVES

Estomatitis, Faringitis, Fiebre

SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA SEVERO: UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA FERTILIZACIÓN ASISTIDA

Autores y Tutores: Muñoz Pizarro María Ignacia¹, Torres Alfaro Nyckolas Yohanny², Díaz Bravo Gonzalo Ariel², Hughes Mutis Felipe¹, Galdames Retamales Loreto Alicia³, Soto Hernández Juan Pablo⁴

1. **Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del mar, Chile.**
2. **Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del mar, Chile**
3. **Ginecóloga Obstetra**
4. **Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) es una complicación infrecuente pero severa del proceso de fertilización asistida, ocurriendo en el 1-5% de las fertilizaciones in vitro (FIV). Se explica por el aumento de la permeabilidad capilar y generación de tercer espacio por acción de la gonadotropina coriónica humana (BHCG). El cuadro consta de disnea, distensión abdominal, ovarios aumentados de tamaño, hidrotórax, ascitis, hipercoagulabilidad y desbalance hidroelectrolítico. Entre sus complicaciones destacan la efusión pleural, insuficiencia renal y enfermedad tromboembólica. Se presenta caso que ejemplifica un SHO.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 32 años, con antecedentes de insulinoresistencia (IR), en estimulación ovárica controlada (EOC) con Ovidrel, obtiene en último ciclo 39 ovocitos. Pocos días después de la aspiración, inicia con cuadro de disnea y distensión abdominal por lo que acude a servicio de urgencias. Ecografía transvaginal indica anexos multifoliculares, por lo que se hospitaliza en sospecha de SHO. Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda. Se traslada a unidad de cuidados intensivos con oxigenoterapia. Angiotomografía de tórax describe derrame pleural bilateral, de predominio derecho y ascitis moderada, sin signos de tromboembolismo pulmonar. Tomografía computada de pelvis: ovarios aumentados de tamaño con múltiples lesiones quísticas, que descarta ruptura ovárica. Se realiza toracocentesis evacuadora en hemitórax derecho. Evoluciona favorablemente con disminución de disnea y requerimientos de oxígeno, hemograma con parámetros normales, sin desbalance hidroelectrolítico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los casos de SHO graves se suelen asociar a los ciclos de concepción, las presentaciones en ausencia de embarazo son infrecuentes, siendo factores de riesgo la edad temprana, el síndrome de ovario poliquístico (SOP). Asimismo, se han intentado aislar otros relacionados con el grado de respuesta ovárica, como el tamaño y número de ovocitos reclutados, sin embargo, poseen baja sensibilidad. Por otro lado, la utilización de otras formas de EOC, como antagonistas y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, se asocia con menores tasas de SHO. En el caso presentado destaca la IR, entidad frecuente del SOP, el gran número de ovocitos recolectados y la utilización de un fármaco que contiene BHCG. Es importante conocer el SHO y sus complicaciones para un manejo oportuno frente al antecedente de EOC.

PALABRAS CLAVES

Derrame pleural, Fertilización in vitro, Síndrome de hiperestimulación

SÍNDROME DE PETER PLUS, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Curti Olgado Florencia¹, Guajardo Vallejos Catalina Andrea¹, Valdés Arroyo Ignacio¹, Rodríguez Krause Catalina Paz¹, Castillo Mora Claudia Ignacia¹, Valenzuela Araya Nicolle Dallian²

- 1. Medicina, Universidad San Sebastián**
- 2. Médico Pediatra Universidad de Santiago de Chile**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome Peter Plus es un raro síndrome genético con herencia autosómica recesiva, causado por mutaciones del gen B3GALTL.1,2 localizado en el cromosoma 13q12.3. Se caracteriza por talla baja, retraso del desarrollo psicomotor de grado variable, anomalía de Peters y otras anomalías oculares, y rasgos faciales distintivos. Tiene una prevalencia estimada en menos de 1 caso cada 1.000.000 de personas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 9 años, con múltiples morbilidades, donde destaca Síndrome de Peter Plus diagnosticado durante primeros meses de vida. Recién nacido (RN) pretérmino, 35 semanas, pequeño para la edad gestacional severo, madre primigesta de 27 años, sin antecedentes mórbidos, nacido por cesárea de urgencias secundaria a restricción del crecimiento intrauterino, APGAR 7-9. A los minutos de vida evolucionó con síndrome de dificultad respiratoria, requiriendo reanimación neonatal. Al examen físico del RN destacó opacidad corneal izquierda, fisura palatina posterior y un soplo sistólico. Fue evaluado por oftalmología y otorrinolaringología quienes diagnosticaron con Anomalía de Peters dado vascularización severa de córnea bilateral y laringomalacia, respectivamente. Se realizó ecocardiograma que informó comunicación interauricular, foramen oval 15% del tabique, insuficiencia tricuspídea moderada, hipertensión pulmonar moderada y estenosis de ramas pulmonares. Debido a la presencia de múltiples malformaciones, fue evaluado por genética, quienes realizaron cariotipo, 46 XY, sin hallazgos patológicos y sospecharon Síndrome de Peter Plus. Posteriormente se realizó el diagnóstico clínico de esta patología aplicando a través de la técnica comparativa o de patrón, por presencia de características clínicas como retraso pondoestatural pre y postnatal, opacidad corneal bilateral, labio superior en arco de cupido, fisura palatina posterior, orejas de implantación baja, defectos cardíacos septales y cariograma normal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El síndrome de Peter Plus es causado por mutaciones en el gen B3GALTL.1,2 y corresponde a un síndrome genético raro, determinado por múltiples manifestaciones clínicas. Es importante el diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico y la calidad de vida. Si bien en el caso de este paciente el diagnóstico se realizó considerando la presencia de los principales rasgos clínicos característicos descritos y un cariograma normal, la confirmación diagnóstica requiere de pruebas genéticas moleculares poco disponibles en nuestro país.

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Peter Plus, Anomalía de Peters, estudio genético

SINDROME DE STAUFFER: MANIFESTACION PARANEOPLASICA DEL CARCINOMA RENAL DE CELULAS CLARAS, APROPOSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Reyes Soto Nicolas Nelson Daniel¹, Becerra Castillo Valentina Isabel¹, Mendoza Mackenzie Gabriela Antonia¹, Silva Beltrán Gerald Orlando¹, Cifuentes González Benjamín Ignacio¹, Saldaña Castillo Alejandro Ignacio¹, Valdés Vera Gabriel Ignacio².

- 1. Medicina, Universidad Mayor de Temuco.**
- 2. Médico internista**

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de carcinoma de células renales (CCR) corresponde a un 2% de las neoplasias malignas. La triada clásica de masa palpable, dolor abdominal y hematuria ocurre en menos del 10% de los casos, siendo síntomas sistémicos y paraneoplásicos los que incitan al usuario a consultar por atención médica en un 20% de los CCR. El síndrome de Stauffer es una manifestación paraneoplásica poco conocida del CCR, caracterizado por la alteración de pruebas hepáticas, que pueden ser el debut del carcinoma renal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 58 años, acude a urgencias por cuadro de 5 días de evolución de náuseas, prurito y coluria. Al examen físico se aprecia tinte icterico generalizado, sin hallazgos al examen abdominal. En analítica destaca bilirrubina total 5.4 mg/dl, bilirrubina directa 4.4 mg/dl, fosfatasa alcalina 292 U/L, AST 148 U/L, ALT 309 U/L, GGT 1496 U/L, VHS 35 mm/hr, sin otros hallazgos de interés. Se realiza ecografía abdominal que descarta lesión hepática o de vías biliares, pero se visualiza una masa en riñón derecho de aproximadamente 6 cm de diámetro, sugestiva de neoformación. La tomografía computarizada de abdomen corrobora la lesión renal de 5.4 x 6.4 cm en polo superior y región interpolar del riñón derecho con características de carcinoma renal. Se realiza nefrectomía radical con toma de biopsia en donde se confirma el diagnóstico de carcinoma de células claras, normalizándose las enzimas hepáticas una vez extirpado el riñón afectado.

DISCUSIÓN

El síndrome de Stauffer es un cuadro paraneoplásico característico del CCR, sin embargo, también puede estar presente en otras neoplasias principalmente urológicas. La fisiopatología de esta manifestación se desconoce, planteándose como posibilidad la secreción de hepatotóxicas desde el tumor que conducen a daño hepatocelular. El único tratamiento es la resección quirúrgica de la neoplasia renal primaria, tras la cual se produce la corrección de las alteraciones enzimáticas.

CONCLUSIÓN

Las manifestaciones paraneoplásicas en tumores urológicos constituyen un porcentaje importante como primer indicio de presentación de la enfermedad, por lo que se requiere de un manejo integral e individualizado a cada paciente con el fin de no retrasar el diagnóstico y abordaje de neoplasias malignas.

PALABRAS CLAVES

Carcinoma de células renales, ictericia, síndrome paraneoplásico

Síndrome de Sweet en paciente con Salmonelosis y cáncer cervicouterino: desafío etiológico

Autores y Tutores: Palma Peña Sofía de Los Ángeles¹, Delgado León Catalina Andrea¹, Valdivia Leighton Bernardita Cristina¹, Arévalo Villa Ignacia Javiera¹, Contreras Cañas Isabel Margarita¹, Arancibia Vega Matías José¹, Muñoz Leiva Daniel Hernán²

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Dermatólogo**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Sweet (SS), es una reacción cutánea inflamatoria, no infecciosa. Se caracteriza clínicamente por pápulas/placas/pústulas/nódulos eritematosos y sensibles que suelen aparecer en extremidades, tronco, cabeza y cuello. El SS suele presentarse entre 30 y 60 años, con una relación 4:1 entre mujeres y hombres. Se asocia a infecciones del tracto respiratorio, gastrointestinal, neoplasias y reacciones farmacológicas. El diagnóstico es clínico-histopatológico, con aumento de parámetros inflamatorios. El tratamiento corresponde a corticosteroides sistémicos y tópicos de alta potencia en lesiones localizadas. El objetivo es describir un caso de SS con duda etiológica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 44 años, acude a urgencias por dos semanas de diarrea, vómitos, fiebre alta, cefalea, dolor articular y lesiones dolorosas en extremidades y rostro. Reporta tratamiento con ciprofloxacino. Ingresa hipotensa, taquicárdica y febril. Al examen físico presenta múltiples pápulas eritematosas de diferentes tamaños en extremidades, rostro, signo de Nikolsky negativo, e inyección conjuntival. Los exámenes demostraron leucocitosis (15,500 cel/mm³), trombocitosis (957,000 plaq/mL) y PCR elevada (238 mg/l). El Filmarray gastrointestinal fue positivo para Salmonella. Dermatología inicia Ceftriaxona e Hidrocortisona y por evolución favorable al sexto día, cambia a Prednisona y Clobetasol tópico. La biopsia cutánea correspondió a una dermatosis neutrofilica, compatible con SS con compromiso paniculítico. A 2 semanas del alta, se evidenció mejoría clínica. Paralelamente, por screening de cáncer cérvicouterino, se diagnosticó displasia NIE III, generando una nueva y segunda hipótesis etiológica y/o riesgo de recidiva.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El caso ilustra la importancia de considerar múltiples factores etiológicos en el diagnóstico del SS. Inicialmente, se identificó una infección por Salmonella como el posible desencadenante. Sin embargo, el diagnóstico concurrente de displasia NIE III en el screening de cáncer cervicouterino sugirió una posible segunda etiología neoplásica. La asociación del SS con neoplasias, especialmente leucemias y linfomas, está bien documentada, y este caso resalta la necesidad de un monitoreo continuo para tratamiento e identificar posibles recidivas del SS en el contexto de neoplasias subyacentes. El SS es una enfermedad cutánea poco común, que plantea desafíos tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento.

PALABRAS CLAVES

Dermatosis neutrofilica, Salmonella, Síndrome de Sweet

Síndrome de transfusión feto-fetal y la fetoscopia láser como alternativa terapéutica, reporte de caso

Autores y Tutores: Figueroa Jara Isadora Rocío¹, Herrera Muñoz Guillermo Javier¹, Caldentey Marticorena Vicente Javier¹, Hunfan Cortés Paola Valentina¹, Espinoza Torres Martín Ignacio¹, Antilaf Zúñiga Fabián Eduardo¹, Hernández Castro Martín Andrés²

- 1. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) corresponde a una complicación grave de embarazos múltiples monocoriales. Ocurre producto de un flujo sanguíneo crónico desequilibrado entre los gemelos, llevándolos a estados generalizados de hipo e hipervolemia, cursando con riesgo de daño renal, cardíaco e incluso óbito. Es más frecuente entre las 16 y 26 semanas y se diagnostica mediante la confirmación de corionicidad, la medición de líquidos amnióticos (LA) y presencia de vejigas discordantes. El presente trabajo tiene por objetivo discutir la relevancia de la fetoscopia láser (FC) como alternativa terapéutica en el STFF.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años sin antecedentes mórbidos, múltipara de 2 partos vaginales fisiológicos cursando embarazo gemelar monocorial biamniótico de 16+6 semanas, acudió a ecografía de control, en la cual se describió un gemelo I creciendo en percentil 95, con LA normal y sin alteraciones morfológicas, ni al doppler; sin embargo, un gemelo II creciendo bajo el percentil 10, con oligohidramnios absoluto, vejiga no visible y doppler de arteria umbilical con flujo diastólico ausente. En la ecografía de las 15 semanas no se describen alteraciones. Se diagnosticó un STFF tipo III y se sometió a FC evolucionando con muerte fetal intrauterina del gemelo II.

DISCUSIÓN

La FC es un procedimiento invasivo, el cual busca generar dos placentas teóricamente funcionales. Mediante un amnioscopio se coagulan selectivamente las comunicaciones arterio-venosas placentarias, procurando una distribución lo más equitativa posible de placenta. Se asocia a mejores resultados neurológicos y mayor supervivencia global de al menos uno de los fetos, sin embargo, generalmente cursa con complicaciones, siendo la más frecuente el sangrado, pudiendo generar además rotura de membranas y muerte fetal de uno o ambos gemelos.

CONCLUSIÓN

El STFF se debe sospechar ante una restricción de crecimiento precoz y selectiva en un embarazo gemelar monocorial. La FC debe ser considerada como la alternativa terapéutica de elección, ofreciendo mejores resultados mientras más pronto sea su realización. A pesar de lo anterior, es posible la aparición de complicaciones graves como la muerte fetal intrauterina, haciendo fundamental que el procedimiento sea realizado por personal experto y que cuente con los implementos técnicos necesarios.

PALABRAS CLAVES

Coagulación con Láser, Embarazo Gemelar, Transfusión Feto-Fetal.

SÍNDROME GERSTMANN COMPLETO SECUNDARIO A HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN SITIO ATÍPICO: REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Plaza Cifuentes Francisca Jesús¹, Parra Agurto Gonzalo José¹, Prieto Norambuena Valentina Ignacia¹, González Limidoro Javier Alonso¹, Flores Guajardo Francisca Sofía¹, Torrejón Harris Franco Alejandro¹, Parra Agurto Francisca Paz²

- 1. Medicina, Universidad de los Andes**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Gerstmann es una enfermedad neurológica secundaria a lesión de sustancia blanca del lóbulo parietal, generalmente del giro angular y estructuras adyacentes. Comprende una tétrada diagnóstica, que incluye: agnosia digital, agrafía, acalculia y desorientación derecha-izquierda. Las principales etiologías de este síndrome son trastornos del desarrollo y lesiones de origen vascular, tumoral, traumático o infeccioso. Puede presentarse de manera completa, con los cuatro síntomas de la tétrada, o de manera incompleta cuando falta alguno de éstos. La presentación del siguiente caso es de relevancia, ya que permite exponer un síndrome clínico poco común, donde un detallado examen físico neurológico es fundamental para lograr el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 60 años con antecedente de hipotiroidismo. Consultó al servicio de urgencia por cuadro de cefalea intensa de dos días de evolución, rápidamente progresiva asociado a compromiso de conciencia y déficit motor derecho. Al examen neurológico destacaba: vigilia espontánea sostenida, orientada parcialmente en tiempo y espacio, inatenta. Apraxia ideomotora a derecha con alteración visuoespacial del derecha-izquierda, acalculia, agnosia digital, agrafía y anosognosia. En lo motor, hemiparesia braquiocrural derecha e hipertonia ipsilateral con reflejo plantar extensor, y en lo sensitivo, hipoestesia hemicuerpo derecho con extinción sensitiva ipsilateral. El AngioTAC de cerebro evidenció hematoma parietal parasagital de mayor volumen a izquierda. Se decide hospitalizar con el diagnóstico de Hemorragia Intracraneana espontánea de sitio atípico, de etiología en estudio, asociado a un Síndrome de Gerstmann Completo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El Síndrome de Gerstmann es una patología neurológica de baja frecuencia que suele presentarse de forma incompleta, casi siempre sin agrafía y asociado a afasia semántica. Se ha debatido sobre la base fisiopatológica y anatómica que produce la sintomatología, sin lograr establecer un mecanismo unificado que explique la tétrada de síntomas. Cuando se acompaña de otras alteraciones neuropsicológicas, como en el caso expuesto, suele implicar lesión cortical posterior izquierda extensa, responsable de una mayor complejidad de alteraciones cognitivas. En estos casos, la clínica del Síndrome de Gerstmann constituirá únicamente una parte más del deterioro neuropsicológico.

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Gerstmann, Accidente Cerebrovascular Hemorrágico, Acalculia, Agnosia, Agrafía

Síndrome HematoFagocítico por Enfermedad de Still Reporte de Caso

Autores y Tutores: Barbieri Muñoz Enzo Ignacio¹, Contreras Freire Pedro Javier¹, Torres Zamora Carlos Daniel¹, Gutiérrez Cifuentes Fernanda Magdalena¹, Chaviano Aguilera Kenia²

- 1. Medicina, Universidad Mayor sede Temuco**
- 2. Médico General**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Still es una patología autoinmune de baja incidencia (0,34 cada 100.000 habitantes), con predominio en el sexo femenino y cuyo diagnóstico se establece con los criterios de Cush y/o Yamaguchi, hiperferritinemia y la exclusión de causas infecciosas, neoplásicas y autoinmunes. Asimismo puede evolucionar a una linfocitosis hemofagocítica adquirida (síndrome hemofagocítico) que se singulariza por hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, bicitopenia, hipofibrinogenemia, hipertrigliceridemia y hemofagocitosis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Fémina de 44 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos consultó a urgencias en 2 oportunidades por cuadro de mialgia, artralgiás, odinofagia, dolor abdominal difuso, exantema macular asalmonado en tronco y extremidades evanescente, prurito generalizado, episodios paroxísticos de paresia de extremidades inferiores y fiebre intermitente con 2 peak diarios hasta 39°C de 10 días de evolución. Al ingreso leucocitosis 34.200 uL, PCR 210.3 mg/L. Se hospitaliza para estudio etiológico y estabilización bajo sospecha de foco infeccioso. Se inició antibioterapia sin respuesta paraclínica ni clínica (picos febriles, leucocitosis y exantema asalmonado). Evolucionó con alza de transaminasas, tiempo protrombina prolongado e hiperferritinemia (hasta 142.320 ng/ml). Se descartaron diagnósticos diferenciales vía Tomografía Computarizada, Pancultivos y Serología. Bajo sospecha de Enfermedad de Still se prescribe ácido acetilsalicílico (500 mg cada 8 horas) y prednisona (60 mg/día) desarrollando a las 48 horas anasarca, eritrodermia y bicitopenia. Se planteó síndrome hemofagocítico como complicación, sin posibilidad de confirmación diagnóstica por falta de hematología, reumatología y dermatología. Por lo anterior se efectuó prueba terapéutica con pulsos de metilprednisolona por 3 días, con reversión parcial clínica y de laboratorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La Enfermedad de Still y el Síndrome Hematofagocítico como complicación es de diagnóstico complejo. Si bien nuestro centro permite el descarte de diagnósticos diferenciales, no dispone de los recursos técnicos para realizar confirmación etiológica vía prueba citológica. En este marco y debido a la superioridad del beneficio sobre el riesgo (70% de mortalidad) se efectuó prueba terapéutica con pulsos de Metilprednisolona con reversión parcial del cuadro, pudiéndose recomendar esta medida como alternativa diagnóstica y terapéutica cuando existe un alto índice de sospecha y habiéndose descartado diagnósticos diferenciales.

PALABRAS CLAVES

Still's disease, adult onset ; Hemophagocytic syndrome; Hyperferritinemia; Methylprednisolone

SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN EL CONTEXTO DE COVID-19: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Autores y Tutores: Espinosa Wild Sebastian Pedro¹, Kovacevic Ibañez Drzislav Zvonimir¹, Castiglioni Enzo¹, Teuber Raimann Robert¹, Duarte Vallejos Gustavo Nicolás¹, Martínez Díaz Daniel Eduardo¹, Bezama Fuentes Ignacio²

- 1. Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile**
- 2. Residente de Medicina Interna Pontificia Universidad Católica de Chile**

INTRODUCCIÓN:

El síndrome hepatopulmonar (SHP) es una complicación pulmonar de enfermedades hepáticas crónicas, presente en hasta el 30% de los pacientes cirróticos. Se caracteriza por una tríada que incluye; Daño Hepático Crónico (DHC) Child-Pugh Score B o C, gasometría arterial anormal con aumento del gradiente alvéolo-arterial de oxígeno y evidencia de dilataciones vasculares pulmonares.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 62 años, con antecedentes de DHC Child-Pugh C por alcoholismo, varices esofágicas grandes previamente ligadas, Ascitis Grado II, Encefalopatía Hepática Grado I, y Síndrome Antifosfolípido Positivo, quien ingresó por un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda asociada a COVID-19. Una vez resuelto el cuadro de COVID-19, presentó desaturación durante el ejercicio y la bipedestación (ortodeoxia), sospechando inicialmente de un tromboembolismo pulmonar (TEP). Sin embargo, la ausencia de TEP en el angioTAC torácico y la presencia de circulación colateral portosistémica, junto con esplenomegalia y ascitis, orientaron hacia la posibilidad de SHP. La confirmación diagnóstica se logró mediante ecocardiograma con prueba de burbujas positiva y un gradiente alveolo-arterial de oxígeno de 31.4 mmHg. Se inició oxigenoterapia para actividades de la vida diaria con posterior seguimiento por el equipo de gastroenterología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El SHP ilustra la complejidad de las interacciones entre enfermedades hepáticas y pulmonares, donde mecanismos fisiopatológicos compartidos pueden llevar a manifestaciones clínicas significativas. La identificación temprana y el manejo adecuado son cruciales para mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos. Este caso enfatiza la importancia de considerar el SHP en pacientes con enfermedad hepática avanzada y trastornos respiratorios inexplicables, especialmente en el contexto de desaturación inducida por el ejercicio. La terapia de oxígeno y la consideración de un trasplante hepático representan los principales pilares del manejo. La investigación adicional es necesaria para explorar tratamientos innovadores y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

PALABRAS CLAVES

Liver Cirrhosis, Hepatopulmonary Syndrome, Hypoxia, COVID-19

Torsión de Quiste Ovarico Simple, a propósito de un caso

Autores y Tutores: Rudolph Miño Gabriela Valentina¹, Zúñiga Gutiérrez María Constanza²

1. **Medicina, Universidad Mayor**
2. **Ginecólogo Obstetra**

INTRODUCCIÓN:

La torsión anexial es una emergencia ginecológica sin distinción etaria, que compromete la viabilidad del ovario por la rotación del anexo sobre el eje del ligamento infundibulopélvico y la interrupción del flujo vascular y linfático. Su incidencia en Chile es de 4,33/100.000 habitantes. La torsión total dolor se caracteriza por dolor pélvico agudo súbito con clínica clásica de abdomen agudo por isquemia y necrosis hemorrágica, en la pseudotorsión es insidioso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 24 años, múltipara de dos con antecedente de salpingectomía derecha por embarazo ectópico, consultó en Urgencia por dolor pélvico sordo, de 2 semanas de evolución con abdomen sensible a la palpación en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, con sensibilidad a la palpación en pared vaginal anterior e hipogastrio, masa palpable a nivel hipogástrico. En ecografía transvaginal destaca, en relación con cara anterior del útero, el ovario derecho de aspecto unilocular Score Color 1 sin papilas ni tabiques mide 65x69x66mm, ovario izquierdo folicular de tamaño y aspecto normal, sin líquido libre. Al reevaluar presentó mayor resistencia abdominal, liquido libre 4.7cc, se decidió realizar laparotomía exploradora. En intraoperatorio se observó torsión de ovario derecho con quiste simple.

DISCUSIÓN

Hay que sospechar ante masa anexial mayor a 5cm de diámetro y torsión previa, sus factores de riesgo principales. Descartar diagnósticos diferenciales que también son emergencias quirúrgicas: embarazo ectópico, quiste ovárico roto, cuerpo lúteo hemorrágico, absceso tuboovárico y apendicitis, para ello son de utilidad otros exámenes de imagen como TAC con contraste y exámenes de laboratorio. La ecografía es útil para caracterizar la masa anexial y la presencia de flujo. El Doppler color normal no descarta el diagnóstico de torsión ovárica. El tratamiento es quirúrgico, además se recomienda la escisión del tumor, preservando el parénquima ovárico, para evitar la recurrencia y realizar biopsia.

CONCLUSIÓN

La importancia de esta patología radica en que si bien su incidencia es baja es un diagnóstico diferencial a descartar de forma precoz al enfrentar el abdomen agudo para un mejor pronóstico involucrando la viabilidad ovárica y prevención de las complicaciones propias del abdomen agudo.

PALABRAS CLAVES

Adnexal torsion, gynecological acute abdomen, ovarian cyst

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE GRANULOMA LARÍNGEO: REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Covarrubias Lynch Tomás Felipe¹, González Limidoro Javier Alonso¹, Plaza Cifuentes Francisca Jesús¹, Murúa Plaza Renata Loreto¹, Stuardo Castillo Isidora Patricia¹, Zegarra Valenzuela Sofía Paz¹, Del Lago Kutulas Juan Enrique², Zegarra Valenzuela Javiera Belén³

- 1. Medicina, Universidad de los Andes**
- 2. Médico Cirujano, Otorrinolaringólogo**
- 3. Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

Los granulomas laríngeos corresponden a lesiones benignas ubicadas principalmente en la glotis posterior, usualmente en los procesos vocales del cartílago aritenoides. La mayoría de los casos ocurre en hombres entre la 4a y 5a década de vida. Su aparición se atribuye a múltiples factores de riesgo, dentro de los cuales destaca la intubación orotraqueal, el reflujo gastroesofágico (RGE) y abuso de la voz. El tratamiento inicial suele ser farmacológico con inhibidores de la bomba de protones (IBP), aunque puede requerir cirugía en casos refractarios o en aquellos de gran tamaño.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 58 años con antecedentes de RGE, consulta por historia de disfonía progresiva de aproximadamente 1 año de evolución. Se realiza videonasofaringolaringoscopia (VNFL) en donde se observa lesión posterior de cuerda vocal derecha de aspecto granulomatoso, que compromete más de 2/3 de la cuerda. Se decide realizar tratamiento conservador con Esomeprazol en dosis altas y controlar en dos meses. Al control el paciente refiere disminución significativa de la disfonía, se efectúa una nueva VNFL evidenciándose una reducción de más del 90% del tamaño del granuloma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las lesiones granulomatosas de la laringe son una causa frecuente de disfonía en pacientes con antecedentes de RGE. Cuando éstos son de gran tamaño o reducen el lumen de la vía aérea su tratamiento suele ser quirúrgico, sin embargo, varios de ellos reducen su tamaño al ser tratados con IBP.

Por lo tanto, el tratamiento inicial de la mayoría de los granulomas debería ser farmacológico, incluso en los de tamaño grande, ya que existe un potencial gran beneficio con escasos efectos adversos en comparación a la alternativa quirúrgica como primera línea.

PALABRAS CLAVES

Granuloma, vocal cords, dysphonia, conservative treatment.

Tratamiento Oportuno para Disminuir Secuelas en Encefalitis por Virus Herpes Tipo 1, Reporte de Caso

Autores y Tutores: Ramos Huañaco Camila Beatriz¹, Rodríguez Rivera Marco Alfonso¹, Reyes Torres Marcelo Esteban¹, Tobar Lefio Karla Javiera¹, Araya Gracia Mariela Sofía¹, Pereira da Silva Vallejos Nicolás Carlo²

1. Medicina, Universidad Católica del Maule
2. Médico Cirujano

INTRODUCCIÓN:

La encefalitis por herpes simplex tipo 1 (VHS-1) es una afección neurológica grave, con incidencia variable de 1-2 casos por cada 250,000-500,000 personas/año. Su índice de mortalidad comprende entre el 5-20% de los casos.

El tratamiento temprano con antivirales disminuye la mortalidad de 70% a menos de 30%, reduce secuelas neurológicas graves, permitiendo que un 70% de los pacientes recuperen independencia en sus actividades diarias.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente femenina, 12 años, con antecedente de asma controlada. Ingresó por cuadro de dos días de cefalea intensa, mareos y visión borrosa, que progresó con fiebre, mirada perdida y lenguaje incoherente. Laboratorio destaca leve leucocitosis, sin desviación izquierda. Tomografía computarizada cerebral informó sinusitis esfenoidal, sin otros hallazgos. Punción Lumbar compatible con encefalitis viral (leucocitos 22 x mm³, mononucleares 88%, glucorraquia 80 mg/dL y proteinorraquia 14,9%). Inició tratamiento con Aciclovir y se trasladó a Unidad de Paciente Crítico Pediátrico. Electroencefalograma (EEG) sin alteraciones. Resonancia magnética (RM) cerebral informó hallazgos sugerentes de Encefalitis temporo-insular izquierda de aspecto infeccioso. PCR en Líquido Cefalorraquídeo (LCR) positivo para VHS-1. Cultivo de LCR negativo.

Durante la hospitalización permaneció bradipsíquica y bradilálica, desorientada temporo-espacialmente, afebril, sin signos de focalidad, sin disimetría ni signos meníngeos. Inició tratamiento con Fenitoína y Levetiracetam, evolucionó asintomática, completando veintidós días de Aciclovir. Se decidió alta hospitalaria. En control con neurología se evaluó paciente en buenas condiciones generales, vigil, atenta, sin focalidad neurológica. Destacó dificultad para concentrarse en clases.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La encefalitis por VHS-1 es una enfermedad rara que puede impactar de forma significativa la salud de los pacientes. Es una emergencia neurológica que requiere diagnóstico y tratamiento inmediatos para reducir la mortalidad y las secuelas a largo plazo. Dentro del proceso diagnóstico destaca la historia clínica, análisis del LCR, EEG y neuroimágenes, como la RM cerebral en este caso.

En el presente caso la intervención temprana con aciclovir permitió mejorar significativamente el pronóstico de la paciente, con evidente mejoría clínica, aunque con algunas dificultades residuales en la concentración. El seguimiento continuo de estos pacientes permite manejar y mitigar las secuelas de la encefalitis, generando mejores resultados para el paciente.

PALABRAS CLAVES

Encefalitis viral, Virus herpes, Compromiso neurológico

TRAUMA PANCREÁTICO RELEVANCIA DE LOS HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Fernández Labra Emily Viviana¹, Luengo Navarro Joaquín Tomás¹, Flores Mondaca Francisca Andrea¹, Krause Krause Marianne Paz¹, Acevedo Valenzuela Constanza Daniela¹, Pizarro Concha Felipe².

- 1. Medicina, Universidad Católica del Maule**
- 2. Médico Radiólogo**

INTRODUCCIÓN:

El trauma pancreático es una entidad clínica cuyo diagnóstico es un desafío médico, tanto por su baja frecuencia, clínica inespecífica, hallazgos imagenológicos sutiles y daño concomitante a otros órganos.

El estudio imagenológico tiene un rol fundamental en el diagnóstico y en el tratamiento de las lesiones pancreáticas, apoyándose inicialmente con tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste (TC AP CC), colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) y colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE). Se reporta caso de paciente con trauma pancreático cerrado, recalcando la importancia de las pruebas imagenológicas en el diagnóstico y manejo de la lesión.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 44 años, sin antecedentes, llevado al Servicio de Urgencias tras accidente automovilístico, producido por caída de árbol sobre vehículo con uso de cinturón de seguridad, asociado a traumatismo de la región facial y toracoabdominal.

Laboratorio: Lipasa 422.

TC AP CC signos de trauma pancreático AAST grado III. CPRM informó contusión – laceración de la cola pancreática proximal, compromiso parenquimatoso profundo y una lesión del conducto de Wirsung. Grado III de AAST. Acentuado edema y fluido peripancreático. Ingresó a pabellón, donde se le realizó laparotomía exploradora, Pancreatectomía corporo-caudal y esplenectomía.

Evolucionó favorablemente por lo que se decidió alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las manifestaciones clínicas y hallazgos en exámenes de laboratorio en la lesión pancreática nos ayudan a orientar el diagnóstico, pero son bastante inespecíficos. Resulta crucial poder identificar el compromiso del conducto pancreático principal y lesión vascular para determinar el tratamiento del paciente y predecir complicaciones. Como resultado, el diagnóstico depende en gran medida de los hallazgos en imágenes y sospecha de lesiones en TC AP CC inicialmente y apoyo de CPRM o CPRE en pacientes estables para planificar la cirugía, lo que en este caso llevó a un diagnóstico certero y con ello manejo quirúrgico y evolución favorable.

PALABRAS CLAVES

Colangiopancreatografía, Resonancia Magnética, Trauma Cerrado.

TRICOBEOZAR EN ADOLESCENTE: REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Rodríguez Rivera Marco Alfonso¹, Vera Muñoz Camila Alejandra¹, Araya Gracia Mariela Sofía¹, Toro Iribarra Francisca Beatriz¹, Reyes Torres Marcelo Esteban¹, Uribe Peredo Rebeca José¹, Schnettler Rodríguez David Alfonso², Butler Rojas Consuelo Alejandra²

- 1. Medicina, Universidad Católica del Maule**
- 2. Cirugía Pediátrica**

INTRODUCCIÓN:

Un tricobezoar es la acumulación de cabello parcial o totalmente no digerido. Patología infrecuente, con una prevalencia de 1-2%, afecta principalmente a mujeres entre 20 a 30 años, siendo excepcionales en pediatría. Es asintomático por un largo periodo hasta desarrollar complicaciones, secundario a la oclusión, perforación o ulceración del tracto digestivo. El diagnóstico es apoyado mediante escáner y el tratamiento es quirúrgico. Se reporta el siguiente caso con el propósito de sospechar este cuadro en pacientes con patologías psiquiátricas de base y evitar complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 14 años, con antecedente de tricofagia de un año por trastorno ansioso depresivo sin seguimiento por especialistas. Ingresó a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de 3 días, asociado a intolerancia oral. Al examen físico destacó alopecia, taquicardia y masa dura epigástrica, sin signos de irritación peritoneal. Radiografía mostró ocupación gástrica, confirmada con escáner de abdomen compatible con tricobezoar. Se realizó cirugía resolutive mediante laparotomía y posterior gastrotomía, extrayendo tricobezoar de 40 centímetros de diámetro con extensión de 30 centímetros a intestino delgado (síndrome de rapunzel), además se evidenció ulceración gástrica que se biopsió. Paciente evolucionó satisfactoriamente y fue derivada a equipo multidisciplinario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Pacientes afectados por tricobezoar presentan baja de peso, secundario a intolerancia oral y saciedad precoz, asociado a alopecia y masa abdominal palpable. El síndrome de Rapunzel se caracteriza por masa de pelo fija en estómago con extensión hacia intestino, presentando alto riesgo de obstrucción intestinal. Es importante sospechar este cuadro en pacientes con componente depresivo y compulsivo, dado que el 10% está relacionado con la asociación de tricotilomanía y tricofagia, en su mayoría por estresores psicológicos.

Se presentó caso de adolescente con tricobezoar sin control de patología, resuelto exitosamente mediante cirugía. Dada una presentación inicial asintomática, se debe sospechar en pacientes con factores de riesgo como tricotilomanía y tricofagia.

PALABRAS CLAVES

Bezoares, Pediatría, Tricotilomanía

Tricobezoar: reporte de un caso

Autores y Tutores: Zerené Castro Trinidad Belén¹, Baeza Ortiz Valentina Jesús¹, Espinoza Palma Francisca Sofía¹, Domínguez Sandoval Víctor Ignacio¹, Maragaño Marina María Ignacia¹, Oyarce Farías Fabian Esteban¹, Espinoza Palma Carolina²

1. Medicina, Universidad Católica del Maule.
2. Médico residente de cirugía general

INTRODUCCIÓN:

El bezoar es una masa constituida por alguna sustancia no digerible, que se puede impactar contra el estómago o el intestino. Es una patología muy infrecuente. El tricobezoar es una masa compacta de pelo, que generalmente se encuentra en el estómago. Es más frecuente en mujeres jóvenes con tricofagia debido a trastornos psicológicos. Su manifestación clínica puede variar siendo asintomática o dando síntomas inespecíficos, con dolor abdominal, náuseas, vómitos, saciedad precoz, anorexia y pérdida de peso. El método diagnóstico de elección es la endoscopía digestiva alta, sin embargo, con el scanner de abdomen es posible realizar el diagnóstico en la mayoría de los casos. El tratamiento depende del tamaño y consistencia, siendo de elección el tratamiento quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 16 años, con antecedente de depresión leve. Consulta por cuadro de 1 año de evolución caracterizado por dolor epigástrico intermitente, punzante, que aumentó su intensidad en el último mes. Al examen físico se presentó taquicárdica con una masa palpable en epigastrio e hipocondrio derecho, no pulsátil, sin signos de irritación peritoneal. En los exámenes de laboratorio se encontró una anemia severa ferropénica, sin hemorragia macroscópica evidenciada por la paciente. Se realizó una ecografía abdominal que reportó voluminosa masa calcificada en epigastrio y hemiabdomen derecho. Se completó el estudio con una tomografía computarizada abdominopélvica donde se evidenció una gran distensión del estómago con contenido denso, con áreas lineales densas y aire, que mide 25 x 9 x 8 cm y se extiende desde el antro sin evidenciar compromiso hacia píloro, hallazgos compatibles con tricobezoar. Por lo que se decide su resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los casos de tricobezoares son extremadamente raros, y el presente caso destaca por su tamaño excepcional, lo que puede explicar la anemia observada en la paciente por la malnutrición resultante. A pesar de su tamaño considerable, la paciente presentó una sintomatología sorprendentemente mínima, lo cual es inusual dado el grado de obstrucción que típicamente puede causar. Para su manejo, consideramos importante el enfoque multidisciplinario que consista en equipo quirúrgico, nutricional y psicológico para prevenir futuras recurrencias.

PALABRAS CLAVES

Bezoars, Trichobezoar, Hair, Stomach

TRISOMÍA 18 EN MOSAICO Y SU SOBREVIDA HASTA LA ADULTEZ EN OPOSICIÓN A OTROS SUBTIPOS

Autores y Tutores: Alcaíno Navarro Javier Patricio¹, Gutiérrez Calquín Leticia Belén², Franzani Alarcón Fernanda Macarena¹, Núñez Espinoza Carola Sol¹, Valenzuela San Román Jesús Antonio¹, Acevedo Aguilar Francisca Alejandra¹, Núñez Águila Luis Orlando³.

- 1. Interno de medicina, Universidad de Talca.**
- 2. Interna de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.**
- 3. Médico Neurólogo Hospital de Curicó.**

INTRODUCCIÓN:

La trisomía 18 (T18) es una cromosomopatía caracterizada por retraso del desarrollo psicomotor y mental, además de malformaciones características. Posee un pronóstico reservado. La mayoría de los fetos con esta anomalía evolucionan a óbito durante la vida embrionaria y en los sobrevivientes existe una alta mortalidad en el primer año. En un 10% de los casos da lugar al mosaicismo, es decir, presencia de linaje celular normal y de T18 en un mismo individuo. Se espera que este subtipo sobrepase aquella esperanza de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 18 años, recién nacida a término, peso adecuado, APGAR normal. En control por neurología por T18 en mosaico de diagnosticado postnatal. Antecedentes de desarrollo psicomotor alterado, discapacidad intelectual moderada, sin trastornos conductuales severos. Destaca estatura baja, diámetro bifrontal estrecho, región occipital prominente, micrognatia, orejas de implantación baja y deformación de pabellones auriculares. Cariograma de nacimiento evidencia un total de 55 mitosis, donde 44 células contienen 47 cromosomas con cromosoma 18 adicional, y 11 células contienen 46 cromosomas normales. Ecocardiograma evidencia comunicación interventricular perimembranosa e interauricular ostium secundum. Resonancia cerebral normal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se estima que el 50% de los recién nacidos con T18 no sobreviven más de una semana y que el 10% fallece dentro de un año. El diagnóstico prenatal con amniocentesis en fetos con T18 en mosaico evidencia resultados favorables de supervivencia en este subtipo; incluso, se describe que el linaje celular anormal podría disminuir progresivamente.

Es fundamental el conocimiento de técnicas de diagnóstico prenatal, manifestaciones y complicaciones de T18 para guiar su tratamiento y seguimiento interdisciplinario.

PALABRAS CLAVES

Mosaicismo, Síndrome de la Trisomía 18, Supervivencia

TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA REFRACTARIA A TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Mera Villanueva Fernanda Ignacia¹, Tapia Fredes Alvaro Fernando¹, Mayorga Triviño Debora Belen¹, Meyer Bello Walter Nicolás²

- 1. Medicina, Universidad Andrés Bello**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La trombocitopenia inmune primaria (PTI) es la trombocitopenia más común en adultos, caracterizada por un recuento de plaquetas (RP) menor a 100.000 plaquetas/uL, causado por anticuerpos contra antígenos de la superficie plaquetaria, lo que predispone a eventos hemorrágicos. El pronóstico en cuanto a recidiva y cronicidad está relacionado con la edad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 20 años con antecedente de PTI diagnosticada hace 6 meses, con RP de 10.000 plaquetas/uL desde el diagnóstico, en tratamiento con prednisona 60 mg al día. Acudió a control con hemograma, manteniendo 10.000 plaquetas/uL, por lo que se realizó una esplenectomía. Dos meses después mantenía plaquetas <10.000 y se inició tratamiento con estimulante de trombopoyetina, elevando el recuento de plaquetas a 500.000/uL.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El tratamiento de la PTI se centra en prevenir el sangrado y mantener un RP seguro. En pacientes con plaquetas <30.000/uL, la primera línea de tratamiento son los corticoides por un máximo de 6 semanas, aumentando el RP en dos tercios de los casos, con un 20% alcanzando la remisión. Se considera ineficaz si tras ocho semanas no hay mejoría. La inmunoglobulina se utiliza en fases iniciales y cuando se requiere aumentar rápidamente el nivel de plaquetas, aunque su respuesta es transitoria. Como segunda línea de tratamiento se encuentran la esplenectomía, el rituximab y los agonistas del receptor de trombopoyetina. La esplenectomía normaliza el RP en el 66% de los pacientes en las primeras dos semanas, aunque debe evitarse dentro del primer año del diagnóstico. El rituximab, un anticuerpo monoclonal, muestra respuesta en la primera semana en el 60% de los casos, con una duración de aproximadamente dos años. Los agonistas del receptor de trombopoyetina estimulan la producción de megacariocitos y tienen alta eficacia en pacientes refractarios a otros tratamientos. Hay dos opciones disponibles: Romiplostim y Eltrombopag. La eficacia de Romiplostim varía entre un 33% y un 61% en pacientes con y sin esplenectomía previa, respectivamente. Por otro lado, la eficacia de Eltrombopag es cercana al 80%, con respuestas duraderas en la mayoría de los casos (más del 70%).

PALABRAS CLAVES

Immunoglobulins, Platelet count (PC), Thrombocytopenia, Rituximab,

TROMBOSIS DE LA VENA ESPERMÁTICA COMO ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE ESCROTO AGUDO

Autores y Tutores: Rosselot Carrera Amanda Sofía¹, Viza Rojas Daniela Alejandra¹, Costagliola Rojas Claudia Antonella¹, Grlica Bahamondes Danitza Jelena¹, Coloma Ortiz Felipe Ignacio², Alarcón Ríos Javier Alfonso²

- 1. Medicina, Universidad Católica del Norte**
- 2. Médico Cirujano**

INTRODUCCIÓN:

La trombosis de la vena espermática (TVE) es una patología infrecuente de etiología poco clara y debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del escroto agudo (EA), requiriendo un alto índice de sospecha. El objetivo de este reporte de caso es subrayar la importancia de la TVE como diagnóstico diferencial del EA.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 42 años con antecedente de síndrome de Klippel Trenaunay Weber (SKTW) consultó por dolor en fosa lumbar izquierda irradiado a flanco y región testicular ipsilateral, de 10 de evolución. La ecografía Doppler (ED) reveló un varicocele no compresible, sin señal Doppler. La tomografía computarizada (TC) mostró ausencia de pacificación de la vena gonadal izquierda y dilatación compatible con TVE izquierda. Fue tratado con Rivaroxabán, logrando una óptima evolución clínica. Se le dio de alta con seguimiento en el policlínico de hematología.

DISCUSIÓN

La TVE es una entidad clínica rara y suele ocurrir en el lado izquierdo debido a la anatomía venosa. Se debe a un aumento de presión intraabdominal que favorece la trombosis a través de trauma vascular endotelial, flujo venoso enlentecido y estados de hipercoagulabilidad. En este caso, la malformación vascular característica del SKTW pudo haber contribuido a este escenario trombótico. Aunque la clínica de la TVE es inespecífica, con eritema, congestión escrotal y aumento testicular, es crucial sospecharla ante diagnósticos más comunes como torsión testicular u orquiepididimitis. La ecografía Doppler (ED) es el estudio de elección, pudiendo ser complementada por la TC. El tratamiento suele ser conservador con anticoagulación a dosis terapéuticas.

CONCLUSIÓN

La TVE es una causa rara de escroto agudo que requiere alta sospecha clínica, especialmente en pacientes con factores de riesgo como el síndrome de Klippel Trenaunay Weber. La ED y la TC son esenciales para el diagnóstico, y un tratamiento adecuado con anticoagulación conduce a una evolución favorable.

PALABRAS CLAVES

Tesis, Venous Thrombosis, Spermatic Vein, Acute Scrotum.

Trombosis venosa profunda ileofemoral izquierda, a propósito de un caso

Autores y Tutores: Schiappacasse García Chiara Stella Marcella Silvia¹, Muñoz Pizarro María Ignacia¹, Schwerter Edell Catalán Sigrid¹, Labbé Gutiérrez Monserrat¹, Pacheco Miranda Daniela¹, Schnaidt Francisca¹, Vera Segura Marcelo Hernán²

- 1. Medicina, Universidad Andrés Bello sede Viña del Mar**
- 2. Médico Cirujano especialista en Cirugía General**

INTRODUCCIÓN:

La trombosis venosa profunda (TVP) ocurre cuando un coágulo de sangre obstruye el flujo sanguíneo de una vena. Afecta del 1% al 2% de la población con una elevada morbilidad, siendo más frecuente en mujeres y aumentando con la edad. Se asocia a hospitalizaciones, inmovilización prolongadas, enfermedades crónicas como cáncer, alteraciones hematológicas que predisponen a fenómenos trombóticos. La presentación clínica habitual es dolor, edema en la pantorrilla. Para diagnóstico se utilizan escalas de riesgo, en alto riesgo la ecografía doppler de extremidades inferiores es la prueba de referencia. El tratamiento principal es la anticoagulación. De sus complicaciones destaca el tromboembolismo pulmonar (TEP) que puede llevar al compromiso respiratorio y muerte.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 45 años. Sin antecedentes mórbidos, antecedentes familiares de trombosis arterial padre y aneurisma cerebral madre. Consulta por cuadro de dolor constante y progresivo en muslo izquierdo asociado a claudicación. Al examen físico, aumento de volumen, coloración violácea y empastamiento de la zona. Se presenta 15 días después de cirugía tendón de Aquiles. Se realiza ecografía doppler que demuestra tromboflebitis proximal izquierda. Se inicia terapia anticoagulante. Debido a trombo flotante ileocavo se indica filtro de vena cava y solicita estudio hematológico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La TVP sin tratamiento tiene riesgo de recurrencia del 30% al 50%, pacientes con TVP ileofemorales (TVPIF) tienen mayor riesgo de TEP recurrente y síndrome posttrombótico que los que padecen trombosis venosas menos extensas. La TVPIF es una obstrucción parcial o completa de cualquier parte de la vena ilíaca o vena femoral común, suele provocar una obstrucción más grave, con sintomatología inicial alarmante y secuelas tardías. Por ello, es importante sospechar y diferenciar la TVPIF de las demás TVP.

En un estudio prospectivo, a los 3 meses, aquellos con TVPIF tenían 2.4 veces más riesgo de sufrir un tromboembolismo venoso recurrente que los que presentaban una TVP menos extensa. Este caso resalta la importancia de la alta sospecha diagnóstica de TVP y la necesidad de considerar tratamientos quirúrgicos en casos de TVPIF, como el filtro de vena cava, indicado en trombo flotante ileocavo y útil como profilaxis de TEP.

PALABRAS CLAVES

Deep vein thrombosis, pulmonary embolism, vena cava filters.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR CON DISEMINACIÓN ESPINAL Y CEREBRAL, REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Quijada Pantoja Catalina¹, Fernández Fierro Paola¹, Mena Fierro Nicol¹, Fuentes Banz Carlos¹, Bravo Aranda Claudio²

- 1. Medicina, Universidad Andrés Bello sede Concepción**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

Tuberculosis (TB), es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Según su afectación se puede clasificar como: TB-pulmonar, TB-extrapulmonar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 65 años, sin antecedentes, consulta en urgencias por cuadro de larga data de baja de peso, compromiso estado general, debilidad de extremidades y múltiples caídas. Se estudia con PanTAC que impresiona nódulos pulmonares apicales, paravertebrales cervicales y suprarrenales. TAC cerebral sugerente de tuberculoma. TAC de columna evidencia múltiples lesiones osteolíticas en C7-T1. Resonancia cervicodorsal informa espondilodiscitis C6-C7, empiema epidural y colecciones paravertebrales C2-T3. Marcadores tumorales, VIH y VDRL negativos. Se realiza drenaje de empiema, con toma de cultivos, los cuales resultan TB (+). Paciente completa fase diaria de tratamiento antituberculoso y se decide prolongar tratamiento hasta un año. Actualmente completando tratamiento y rehabilitación en Hospital de Yumbel.

DISCUSIÓN

La tuberculosis del sistema nervioso central (TB-SNC) ocurre en aproximadamente 1-10% de todos los casos y se asocia a cifras altas de mortalidad y complicaciones. Por lo general, ocurre en pacientes VIH (+), oncológicos, alcohólicos o inmunosuprimidos y puede presentarse como tuberculomas, meningitis y abscesos. En cambio, la afectación espinal se caracteriza por mielitis, abscesos epidurales y aracnoiditis. El manejo de estos casos incluye fármacos antituberculosos por periodos extensos, lo cual se asocia a mayor incidencia de efectos adversos y toxicidad.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico y manejo de TB-SNC es complejo, requiriendo alta sospecha clínica, múltiples exámenes y periodos prolongados de tratamiento, por lo que es necesario formular nuevas estrategias que permitan una mejor detección y diagnóstico, así como fármacos más eficientes y asequibles.

PALABRAS CLAVES

Tuberculosis extrapulmonar, Tuberculosis del Sistema Nervioso Central, *Mycobacterium tuberculosis*.

TUMOR APENDICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO REPORTE DE CASO

Autores y Tutores: Millán Rojas Katerina Andrea¹, González Yáñez Ángela Margarita¹, Rossel Moreno Lucas Redy¹, Rojas Quezada Julian Andres¹, Vilchez Boscan Leonardo Rafael²

- 1. Medicina, Universidad de O'Higgins**
- 2. Cirujano Infantil**

INTRODUCCIÓN:

El tumor apendicular maligno se encuentra dentro un grupo infrecuente de neoplasias del tracto digestivo, siendo dentro de estos el neuroendocrino el más frecuente, encontrándose con una incidencia del 1.5% aproximadamente y prevalencia cercana al 0.30%. La presentación clínica varía desde un hallazgo incidental secundario a una resolución quirúrgica hasta grandes masas pélvicas. El manejo es quirúrgico. Su pronóstico depende de la histología, tamaño y extensión del tumor.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 10 años, con antecedente de obesidad, sin otros antecedentes médicos de importancia, presenta cuadro clínico de 3 días de evolución de dolor abdominal tipo cólico, alza térmica, náuseas y vómitos, al tercer día del cuadro de suman deposiciones líquidas cafés, aumento de intensidad de dolor abdominal y persistencia de alza térmica, Al examen físico destaca mucosas secas, abdomen globoso a expensas de gran pániculo adiposo, levemente tenso, sensible a la palpación superficial, signo de Blumberg positivo +++, ruidos hidroaéreos aumentados. Por lo que es ingresada a pabellón de urgencias para apendicectomía.

Ingresa paciente a pabellón, se realiza laparotomía exploradora, se encuentra peritoneo edematoso, al abrir peritoneo pus de mal olor, ciego en flanco derecho fijo, apéndice base sana tercio medio distal necrosado permeando en forma evidente. Hallazgos: Apéndice necrótico tercio medio distal.

Se realiza biopsia de apéndice cecal de 8x1.9 cm, se aprecia forma conservada, distendida en la porción medial. Serosa grisácea con abundante fibrina, perforación ausente, pared de hasta 0.5 cm. Lumen con contenido fecal pardo claro. Se aprecia tumor en la mitad distal del apéndice, neuroendocrino bien diferenciado, G1. Tamaño 6x5 mm. Invade subserosa visceral sin comprometer el mesoapéndice. Margen quirúrgico proximal distal de 2.5 cm del tumor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Casos con patologías similares a la expuesta son infrecuentemente descritos en la literatura nacional actual. En caso de que estemos ante una neoplasia localizada el tratamiento de elección es quirúrgico, ya que es el único tratamiento que logra la curación. No existen datos sobre adyuvancia, por lo que desaconseja tratamientos post operatorios con la intención de reducir el riesgo de recidiva.

PALABRAS CLAVES

Apendicitis, Neoplasias del Apéndice, Tumores Neuroendocrinos

TUMOR OVÁRICO GIGANTE: REPORTE DE UN CASO

Autores y Tutores: Maragaño Marina María Ignacia¹, Espinoza Palma Francisca¹, Domínguez Sandoval Víctor Ignacio¹, Baeza Ortiz Valentina Jesús¹, Oyarce Farías Fabián Esteban¹, Zerené Castro Trinidad Belén¹, Vallejos Medina Camila²

1. **Medicina, Universidad Católica del Maule**
2. **Médico Residente de Ginecología y Obstetricia**

INTRODUCCIÓN:

Los tumores ováricos gigantes son poco comunes. Algunos autores los definen como tumores sobre 20 centímetros, siendo la mayoría tumores malignos, epiteliales mucinosos. Alrededor del 95% se presenta de forma unilateral. Suelen diagnosticarse en etapas tempranas (Estadio I), siendo la prueba diagnóstica de primera línea la ecotomografía transvaginal o abdominal. Pueden presentarse con síntomas gastrointestinales asociados a disnea y otros síntomas compresivos. Tumores ≥ 10 centímetros que causan síntomas serían candidatos para tratamiento quirúrgico, no obstante el tamaño del tumor sigue siendo discutible como cálculo en el índice de malignidad. Existe un alto riesgo de complicaciones perioperatorias, como la caída de la presión intratorácica e intracavitaria y posteriores alteraciones hemodinámicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años, múltipara de 4, con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial e histerectomía con ooforectomía izquierda. Consultó por cuadro de aumento de volumen abdominal progresivo de 6 meses de evolución, asociado a dificultad respiratoria y limitación funcional. Se realiza ecografía abdominal que evidencia masa tumoral multitabcada, sólido- quística. Se solicitan marcadores tumorales, Alfa-fetoproteína 23.4 NG/ml y Ca-125 133,3 U/ml y posteriormente tomografía computarizada que muestra lesión quística abdomino-pélvica, de 34 x 32,5 x 22,5 cm, compatible con neoplasia ovárica, parcialmente herniada. Se decide resolución quirúrgica abierta, donde se realiza anexectomía derecha y biopsia resulta compatible con cistoadenoma mucinoso multiloculado con signos parciales de infarto.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En la práctica es común encontrar tumores quísticos de ovario, sin embargo, uno de este tamaño es inusual, constituyendo aún en la actualidad un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente en pacientes obesas, como el caso presentado, ya que a menudo se pesquisan cuando alcanzan grandes dimensiones y pasan de ser asintomáticos a clínica asociada a la compresión ejercida por el crecimiento desmesurado del tumor. Por otro lado, la evidencia demuestra que los niveles de CA-125 no se correlacionaron con el tamaño de los tumores ováricos malignos, por lo que se vuelve fundamental la vigilancia imagenológica posterior al abordaje multidisciplinario para anticipar y prevenir las posibles complicaciones y recurrencias.

PALABRAS CLAVES

Ovarian, neoplasm, giant, mucinous

UN CASO EXCEPCIONAL DE STROKE: SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN HOMBRE JOVEN

Autores y Tutores: Zelada Espejo Mario Ignacio¹, Hernández Castro Daniela Beatriz¹, Sepúlveda Montes Nicolás¹, Salinas Leiva Catalina¹, Jones Mardones Natalia Jeannette¹, Puente Gonzalez Launny Jose²

1. Medicina, Universidad de Chile
2. Residente de Neurología Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN:

Introducción: El 10-20% de los accidentes cerebrovasculares (ACV) se presentan en una población joven (18-50 años), con una incidencia que ha incrementado en los últimos años. Su estudio etiológico difiere al del adulto mayor, encontrándose patologías causales infrecuentes tales como vasculitis y trombofilias.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un hombre de 42 años con antecedentes de hipertensión, dislipidemia y tabaquismo activo, que cursa con episodio de debilidad ictal de hemicuerpo izquierdo de predominio crural. Estudio en servicio de urgencias con tomografía computada de cerebro evidencia lesión isquémica en territorio de arteria cerebral anterior derecha. Se indica doble antiagregación plaquetaria por Minor Stroke y se inicia estudio etiológico de ACV en paciente joven, destacándose positividad de Anticuerpos Anticardiolipinas y B2-Glicoproteína IGG, diagnosticando Síndrome Antifosfolípido (SAF) Primario e iniciándose anticoagulación.

DISCUSIÓN

El ACV en paciente joven es desafío diagnóstico, asociándose a patologías que tienden a diferir de aquellas descritas adultos mayores, las cuales a su vez pueden requerir tratamientos específicos o implicar un mayor riesgo de recurrencia. Lo anterior se ejemplifica en el presente caso con un SAF. La anamnesis, examen físico y estudio de laboratorio debe dirigirse a descartar otras condiciones tales como consumo de sustancias, fuentes cardioembólicas, disecciones arteriales, síndrome de vasoconstricción reversible, ateromatosis, así como vasculitis sistémicas y primarias del sistema nervioso central.

CONCLUSIÓN

El caso anteriormente descrito ilustra la historia de un ACV en paciente joven, con un estudio etiológico compatible con un SAF primario. Debido a su creciente incidencia, al significativo impacto funcional sobre una población laboralmente activa y el elevado riesgo de recurrencia en caso de no tratarse su causa subyacente es menester mantener un elevado nivel de sospecha respecto a su ocurrencia, con tal de ofrecer un tratamiento expedito para reducir sus secuelas así como para realizar un estudio etiológico acabado.

PALABRAS CLAVES

Stroke, Cerebrovascular Accident, Adults Young, Antiphospholipid Syndrome, Case Reports.

Uso de ecografía en extracción de cuerpo extraño: A propósito de un caso

Autores y Tutores: Rehbein Valenzuela Hans Helmut¹, Valdivia Leighton Bernardita Cristina², Arévalo Villa Ignacia Javiera², Contreras Cañas Isabel Margarita², Castillo Ríos Catalina Paz², Arancibia Vega Matías José², Sajuria Garcés Marcelo Alejandro³

1. **Medicina, Universidad de Valparaíso**
2. **Medicina, Universidad Mayor**
3. **Traumatólogo**

INTRODUCCIÓN:

Se define cuerpo extraño (CE) como cualquier objeto procedente de fuera del organismo. Los pacientes con CE retenidos representan un motivo frecuente de consulta de urgencia. La ecografía es muy sensible para identificar y localizar CE de distintas densidades, evaluando las estructuras adyacentes sin exponer a radiaciones. Además, es más disponible y rentable que la resonancia magnética y el escáner. El objetivo de este trabajo es reportar un caso de extracción exitosa de CE de tejidos blandos con ayuda de la ecografía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 69 años, consulta en servicio de urgencias por introducirse incidentalmente una aguja de coser en el muslo izquierdo, con intento frustrado de extracción en domicilio. Al examen físico se observa lesión de entrada de 2x2mm en cara medial de muslo izquierdo y se palpa una aguja totalmente interna. La radiografía revela una aguja en el espesor del muslo izquierdo, sin contacto con el fémur. Se administra vacuna antitetánica y analgesia. Cirugía intenta la extracción de CE sin éxito. Se interconsulta a traumatología, quienes programan la extracción en pabellón. Con imágenes radiológicas y ecográficas se busca la aguja, localizándose en la zona posteromedial del muslo y se marca. Bajo anestesia raquídea e isquemia se realiza incisión sobre la zona delimitada. En el plano profundo, y con la ayuda de ecografía intraoperatoria, se localiza la aguja y se retira exitosamente. Posteriormente se realiza aseo y sutura por planos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La ecografía es una herramienta que resulta de gran utilidad en diagnosticar y controlar la extracción de CE retenidos. Lo anterior se traduce en un tratamiento certero, y con menor riesgo de complicaciones asociadas, como infecciones, traumatismos o reacciones a CE. El caso presentado resalta la importancia de considerar la ecografía en casos desafiantes de extracción de CE, asegurando un tratamiento más rentable, seguro, preciso y eficaz.

PALABRAS CLAVES

Extracción de cuerpo extraño, Ecografía, Sonocirugía.

USO DE MISOPROSTOL COMO MANEJO CONSERVADOR DE PLACENTA ACCRETA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Muñoz María Ignacia¹, Schwerter Catalán Sigrid¹, Torrejón Gutiérrez Monserrat¹, Schiappacasse García Chiara¹, Galdames Retamales Loreto Alicia²

- 1. Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar.**
- 2. Ginecóloga Obstetra**

INTRODUCCIÓN:

La placenta accreta (AP) es una entidad que típicamente se asocia a hemorragia periparto subsidiaria de histerectomía. Sin embargo, ante el diagnóstico prenatal es posible un manejo conservador. Existen diferentes opciones terapéuticas para evitar la resección uterina. Se presenta caso donde el uso de misoprostol resulta beneficioso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 29 años, multípara de 2, en su última gestación diagnosticada con AP, manejada de forma conservadora con cesárea fúndica sin alumbramiento. A los 3 meses evoluciona con sangrado genital. Consulta en urgencias. Al examen, se objetiva sangrado activo por orificio cervical externo con membranas ovulares, sin compromiso hemodinámico. Se ingresa para manejo. Se inicia antibioticoterapia debido a parámetros inflamatorios aumentados. Se decide uso de misoprostol, obteniendo tras dos dosis, la expulsión de restos placentarios, cese de sangrado y parámetros. Se decide alta con seguimiento ambulatorio. Evoluciona sin nuevos sangrados, asintomática y con restos placentarios escasos visibles en ecografía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las alternativas a la histerectomía obstétrica frente al AP se basan en métodos que permiten la expulsión placentaria. El uso de metotrexato se ha asociado a resultados exitosos puesto que genera necrosis del tejido. No obstante, es altamente tóxico. El misoprostol es un análogo de prostaglandina que aumenta el tono uterino generando contracciones expulsivas. La literatura describe su uso en algunos reportes de caso con resultados beneficiosos. No existen estudios que describan su tasa de efectividad y complicaciones.

PALABRAS CLAVES

Misoprostol, Placenta Accreta, Tratamiento conservador

USO DE MÚLTIPLES DOSIS DE METOTREXATO PARA EVITAR CIRUGÍA EN EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL: CASO CLÍNICO

Autores y Tutores: Moesicke Pichicón Camila Belén¹, López Garrido Benjamín Gonzalo¹, Rojas Acevedo Catalina Milena¹, Quiroz Nova Luis Armando¹, Zamponi Bachmann Camila Marcela¹, Orellana Vivanco Gabriela Alejandra¹, Ochoa Cocio Nelson Francisco²

- 1. Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco**
- 2. Médico Cirujano especialista Obstetricia y Ginecología**

INTRODUCCIÓN:

El embarazo ectópico cervical, una rara complicación obstétrica, representa menos del 1% de los embarazos ectópicos. En Chile, aunque poco documentado, se estima que ocurre en una fracción mínima del 1-2% de los embarazos ectópicos. Este tipo de embarazo conlleva un alto riesgo de complicaciones graves, como hemorragias masivas, perforación uterina, y la posible necesidad de histerectomía para controlar el sangrado. Factores de riesgo incluyen fertilización asistida y cirugía uterina previa. En este caso, se presenta a una paciente de 42 años, con antecedentes de comorbilidades y fertilización asistida, que desarrolló un embarazo ectópico cervical. Dado su deseo de preservar la fertilidad, se optó por un manejo médico con metotrexato, como alternativa efectiva para evitar la necesidad de cirugía y sus riesgos asociados, y así mantener sus opciones de paridad futura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 42 años, G3P0A2, con antecedentes de hipertensión arterial crónica, angina inestable, asma crónica, diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento, enfermedad renal crónica etapa 2, mielodisplasia post inmunización por SARS-CoV-2 en 2020, artritis reumatoide en estudio y en tratamiento con fertilización asistida. Consulta en urgencias por metrorragia en el primer trimestre de una gestación de 6 semanas y 3 días. Ecografía transvaginal muestra un saco gestacional intrauterino de implantación muy baja, a nivel cervical, con saco vitelino y botón embrionario de 2.1 mm, además de un hematoma retrocorial de 16 mm. Se diagnostica embarazo ectópico cervical y, tras explicar los riesgos, se opta por tratamiento médico, utilizándose un total de 4 dosis de metotrexato, lo que resultó en una disminución progresiva de los niveles de beta-hCG.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico cervical plantea riesgos graves, como hemorragias masivas y la posible necesidad de histerectomía. En este caso, se optó por manejo médico con metotrexato, preservando la fertilidad de la paciente. La literatura respalda su eficacia, con tasas de éxito del 65% al 90%, dependiendo del diagnóstico y la dosis. Sin embargo, el metotrexato no está exento de riesgos, incluyendo efectos secundarios como mielosupresión, toxicidad hepática y, en algunos casos, la falla del tratamiento que puede requerir intervención quirúrgica. Este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano y el manejo médico como una opción viable, aunque es crucial considerar estos riesgos y monitorear estrechamente a la paciente.

PALABRAS CLAVES

Ectopic pregnancy, Methotrexate, Cervix Uteri

UTILIDAD IMAGENOLÓGICA EN LA EVALUACIÓN DEL DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores y Tutores: Baeza Ortiz Valentina Jesús¹, Espinoza Palma Francisca¹, Dominguez Sandoval Victor Ignacio¹, Maragaño Marina María Ignacia¹, Oyarce Farías Fabián Esteban¹, Zerené Castro Trinidad Belén¹, Maragaño Marina Joaquín Alejandro²

- 1. Medicina, Universidad Católica Del Maule**
- 2. Residente de Imagenología**

INTRODUCCIÓN:

El daño hepático crónico (DHC) se define como la lesión hepática difusa que persiste por más de 6 meses, siendo la cirrosis el estadio final de la misma, en la cual se evidencia fibrosis, destrucción y distorsión de la arquitectura hepática.

El rol de los estudios imagenológicos para el diagnóstico del DHC, como la ultrasonografía (US), la tomografía computarizada (TAC) y la resonancia nuclear magnética (RNM) han tomado gran protagonismo, dado por su precisión diagnóstica y su disponibilidad.

La presencia de nódulos de regeneración, nódulos displásicos y superficie nodular irregular, son hallazgos habituales de encontrar en el parénquima hepático, y que agregados a los signos de hipertensión portal (HTP) tales como esplenomegalia, várices y ascitis, nos orientan firmemente al DHC.

En la práctica clínica, la amplia disponibilidad de la US la posicionan como el primer examen imagenológico que debe solicitarse en sospecha de DHC, teniendo utilidad en el diagnóstico, clasificación de gravedad, pronóstico y presencia de complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 63 años, con antecedentes de Hipertensión, Diabetes tipo II insulino-requiente, dislipidemia, hipotiroidismo y alcoholismo.

Consulta por cuadro de dolor abdominal, hematemesis, melena y ascitis. Se realiza US que evidencia signos de DHC, y una endoscopia digestiva alta con presencia de varices esofágicas, posterior a su manejo agudo y estabilización clínica, se realiza estudio con RNM de abdomen en la que se manifiestan hallazgos sugerentes de Hepatocarcinoma celular (HCC)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El DHC puede presentarse de forma silente hasta etapas avanzadas de la enfermedad, siendo diagnosticado en un gran número de casos al presentarse complicaciones de esta. Es por esto que el desafío actual radica en la detección temprana de la patología, para así formular un tratamiento preciso que evite la progresión y la aparición de complicaciones secundarias a la fibrosis. Bajo este contexto, la amplia disponibilidad actual del estudio imagenológico lo posicionan como una herramienta indispensable del estudio del DHC, y es trabajo del clínico utilizarla.

PALABRAS CLAVES

Liver disease, alcoholic hepatic cirrhosis, ultrasound.

Vasculitis ANCA asociada o Arteritis de células Gigantes un dilema difícil de resolver: a propósito de 2 casos clínicos

Autores y Tutores: Titelman Wurmman Matías¹, Nagel Guiloff Pascale¹, De la Fuente Valderrama José Pedro², Wurmman Kiblsky Pamela³

1. **Medicina, Universidad Mayor Santiago**
2. **Médico internista, Universidad de Chile**
3. **Médico internista - Reumatología, Universidad de Chile**

INTRODUCCIÓN:

La Arteritis de células Gigantes (ACG) clásicamente compromete la arteria temporal (AT), pudiendo afectar vasos extracraneales. No tiene marcadores serológicos. La biopsia de arteria temporal (BAT) es el método diagnóstico más utilizado aunque está siendo reemplazado por la ecografía. Los hallazgos histológicos son diversos pero la necrosis fibrinoide (NF) no es propia de esta patología. Por su parte, las vasculitis ANCA asociadas (VAA) pueden afectar múltiples sistemas, se asocian a anticuerpos anti mieloperoxidasa (anti-MPO) o anti proteinasa 3 (anti-PR3), siendo vasculitis necrotizantes. Rara vez las VAA afectan grandes vasos principalmente en forma de aortitis siendo infrecuente el compromiso de la AT.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Caso 1: Hombre 61 años, diabético e hipertenso, presenta fiebre, baja de peso de 12 kilos, claudicación mandibular, cefalea holocránea (CH), y rigidez en la cintura pélvica. Al examen disminución del pulso AT izquierda. Laboratorio: Hb 13 gr/dl, VHS 86 mm/hr y PCR elevada. Se descarta patología infecciosa, PET-CT: ausencia de captación vascular y descarta neoplasia. Se realiza BAT compatible con vasculitis de vaso pequeños (VPV) peri AT con NF. Anti-MPO positivo. Se concluye VAA, recibe corticoides e inmunosupresores alcanzando la remisión sin recaídas

Caso 2: Mujer, 63 años, diabética e hipotiroidismo. Presenta CH, claudicación mandibular, compromiso del estado general, baja de peso de 5 kg y síntomas polimiálgicos. Al examen hiperalgesia en región temporal. Tomografía cerebral y punción lumbar normales. Se sospechó ACG, pero el estudio imagenológico (ecografía y angio TAC) no muestra evidencias de arteritis, sino hallazgos de bronquiectasias y fibrosis pulmonar broncocéntrica. Laboratorio: PCR elevada, VHS 65 mm/hr, Hb 10 gr/dl. Se realiza BAT: VPV peri adventiciales con NF. ANCA-P (+) 1/20, anti-MPO >100. Se diagnostica VAA, inicia corticoterapia y metotrexato presentando resolución del cuadro.

DISCUSIÓN

Presentamos dos casos de VAA con clínica de ACG, que ilustran la complejidad del diagnóstico de las vasculitis sistémicas poniendo en evidencia aspectos poco dilucidados de estas patologías.

CONCLUSIÓN

En presencia de clínica de ACG, la positividad de ANCA y NF deben hacer sospechar VAA, particularmente cuando las imágenes como la ecografía o el Pet-CT no muestran inflamación vascular.

PALABRAS CLAVES

Giant Cell Arteritis, ANCA-Associated Vasculitis, Temporal Arteries

Trabajos de Investigación



Cálculo de tasa de egreso hospitalario para mola hidatiforme en Chile durante el periodo 2019-2022.

Autores y Tutores: Eterovic Ortiz Javiera Paz¹, Torrealba Casanello Daniela Fransizka¹, Funes Guldman Camila José¹, Grlica Gaete Miljenka Belén¹, Peña Bravo Antonia Belén¹, Hidalgo Aravena Daniela Jesús¹, León Torres Diego Ignacio².

- 1. Medicina Universidad Mayor Santiago**
- 2. Ginecólogo Obstetra, Universidad de Chile, Santiago, Chile.**

INTRODUCCIÓN:

La mola hidatiforme es una enfermedad trofoblástica gestacional caracterizada por anomalías en el tejido placentario con hiperplasia trofoblástica variable. Se clasifica en mola hidatiforme completa (MHC) y parcial (MHP), diferenciándose por su presentación clínica, cariotipo, histología y complicaciones. Pese a su baja prevalencia, es importante comprender su incidencia y consecuencias por posibles complicaciones.

Objetivo: Determinar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por mola hidatiforme en Chile desde 2019-2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal utilizando bases de datos del Departamento de Estadística e Información de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas. Se estudiaron 6.107.018 egresos hospitalarios por mola hidatiforme. Se calculó la TEH y se analizaron variables como edad, duración de la estancia hospitalaria y etiología.

RESULTADOS

La TEH más alta de mola se observó en 2019 y la más baja en 2020. La duración promedio de la estancia hospitalaria fue de 2.63 días. La TEH más alta por edad fue en el grupo de 20 a 44 años. Según la etiología predominaron las causas no especificadas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Chile presenta una TEH más baja para la mola hidatiforme en comparación con la incidencia global, posiblemente por factores dietéticos y genéticos. La TEH más alta se observó en mujeres de 20-44 años, posiblemente por una mayor fertilidad en este grupo, mientras que la MHC predominó sobre la MHP, en línea con las tendencias globales. Estos patrones, junto con las tendencias relacionadas con la edad en la incidencia de la enfermedad, destacan la importancia de comprender y monitorear la epidemiología de la mola en Chile, a pesar de su baja prevalencia, debido a las complicaciones potenciales y la evolución de los factores de riesgo.

PALABRAS CLAVES

Enfermedad trofoblástica gestacional, Mola hidatiforme, Embarazo

DESCRIPCIÓN SOCIO-EPIDEMIOLÓGICA DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN MENORES DE 15 AÑOS EN CHILE (2020 A 2023).

Autores y Tutores: Torrejón Gutiérrez Monserrat¹, Schwerter Catalán Sigrid¹, Schiappacasse García Chiara¹, Muñoz Pizarro María Ignacia¹, Schnaidt Letelier Francisca¹, Pacheco Miranda Daniela¹, Vergara Muñoz Camila².

- 1. Medicina, Universidad Andrés Bello**
- 2. Médico Pediatra**

INTRODUCCIÓN:

La cetoacidosis diabética (CAD) es la principal causa de morbimortalidad en niños con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), con una mortalidad entre 0,3 – 1%, principalmente por edema cerebral. La CAD puede aparecer como debut de DM1 o como resultado de mala adherencia al tratamiento. En Chile no se cuenta con un perfil socio-epidemiológico actualizado que describa al paciente con CAD, siendo el objetivo de este estudio.

OBJETIVO: Realizar un perfil socio-epidemiológico que describa al paciente pediátrico con CAD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional, de corte transversal. Datos corresponden a pacientes egresados de hospitales chilenos con diagnóstico de CAD, entre los años 2020 - 2023. Las variables fueron edad, sexo y previsión. La información fue obtenida en base de datos del Departamento de Estadísticas de Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), tabulada con Microsoft Excel®, analizada mediante estadística descriptiva y expresada en valores absolutos y porcentajes. No se requirió aprobación de comité de Ética.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 2121 pacientes menores de 15 años con diagnóstico de CAD. El 2020 fue el año con mayor cantidad de egresos hospitalarios (N: 701) y 2023 con la menor (N: 434). No se encontraron diferencias significativas en incidencia entre sexo masculino y femenino (1066 y 1055 respectivamente). El rango etario con mayor frecuencia fue entre 10 – 14 años (53,5%). El 78,9% se atendió a través de FONASA.

DISCUSIÓN

En concordancia con la literatura, 10 – 14 años corresponde al rango etario con mayor cantidad de casos de CAD. Pese al alza de casos de DM1 a nivel mundial, se encontró tendencia a la baja de casos de CAD durante los últimos años. La mayoría de los pacientes fue atendido mediante FONASA, siendo este el principal seguro social de salud del país.

Dado que la DM1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia y la CAD su principal complicación, es importante generar conciencia y así promover un diagnóstico temprano.

PALABRAS CLAVES

Cetoacidosis diabética, Chile, Epidemiología.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ATENCIONES DE URGENCIA POR TRASTORNOS DEL HUMOR DURANTE 2021-2023 EN CHILE.

Autores y Tutores: Henríquez Fernandez Alejandra Andrea¹, Claps Frindt Francisco Javier², Araya Vilca Mairis Paz³, Rodríguez Uribe Victoria Belén⁴, Moller Turra Emilio Gabriel⁴, Mena González Bárbara Paz⁵.

1. **Medicina, Universidad Católica del Norte.**
2. **Medicina, Universidad de Chile.**
3. **Medicina, Universidad de Talca.**
4. **Médico Cirujano, Universidad Mayor.**
5. **Médica Cirujana, Universidad Andrés Bello**

INTRODUCCIÓN:

Los Trastornos del Humor (TH) son un grupo de patologías psiquiátricas caracterizadas por disrupción en las emociones de la persona. Dada su alta prevalencia y complicaciones eventualmente graves, se propone como objetivo determinar la distribución porcentual de atenciones de urgencia por TH entre los años 2021-2023 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal que analiza la distribución porcentual de las atenciones de urgencia por TH entre los años 2021-2023 en Chile (n=72.735), según las variables edad, semana epidemiológica y época del año. Se usaron datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, utilizando el programa Microsoft Office Excel. No se requirió evaluación por comité de ética. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADOS

Las atenciones por TH entre 2021 y 2023 constituyeron el 0,14% del total de atenciones en urgencias, con un aumento significativo en 2023 (39,8%). Predominó el grupo de 15 a 65 años (82,65%). La semana epidemiológica con mayor concentración fue la número 40 (2,45%) y en primavera (28,71%).

DISCUSIÓN

El aumento de atenciones por TH en 2023, probablemente fue influenciado por la pandemia de COVID-19. Las atenciones en urgencia por estos trastornos fueron más frecuentes en el grupo de 15 a 65 años, lo que podría explicarse por la alta carga de enfermedades psiquiátricas en la población laboralmente activa y evidenciando la vulnerabilidad de los jóvenes en desarrollo. La menor prevalencia en mayores de 80 años podría deberse a que sus síntomas no siempre se manifiestan como alteraciones del ánimo. La primavera mostró un aumento en estas atenciones, posiblemente relacionado con la mayor luminosidad y eventos estresantes de esta época.

CONCLUSIÓN

La distribución porcentual de atenciones de urgencia por TH durante el periodo estuvo posiblemente influenciada por efecto de la pandemia por COVID-19. Sería interesante que se estudie a futuro discriminando la primera consulta por TH y las previamente diagnosticadas.

PALABRAS CLAVES

Epidemiology, Mood Disorders, Emergency Medicine, Chile, COVID-19

Importancia del médico en la prevención de malignización de leucoplasia oral: Revisión de la literatura.

Autores y Tutores: Palma Peña Sofía de Los Ángeles¹, Rehbein Valenzuela Hans Helmut², Castillo Ríos Catalina Paz¹, Arancibia Vega Matías José¹, Urzúa Encina Eduardo Benjamín¹, Otárola Pulgar Andrea Fernanda¹, Peña López Patricio Christian Jaime³.

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 3. Otorrinolaringólogo**

INTRODUCCIÓN:

La Leucoplasia Oral (LO), se define como una placa blanca, que a nivel oral fue descrita por primera vez en 1841. Los datos epidemiológicos de la LO difieren ampliamente entre estudios, debido a la falta de estandarización en cuanto al concepto. Aún así, en términos generales se podría hablar de una prevalencia del 2,6%. La importancia de la LO se justifica por su incidencia y por su potencial transformación metaplásica. El objetivo de esta revisión es ilustrar la importancia de la consideración médica en la prevención de la malignización de las LOs.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en los últimos 5 años, en bases de datos utilizando términos libres: “Leucoplasia oral”, “cáncer oral”, “displasia epitelial”.

RESULTADOS

La literatura muestra que las LOs se presentan como placas blanquecinas de variadas formas clínicas. La etiología se relaciona principalmente con el hábito tabáquico y factores mecánicos, como prótesis desajustadas. El diagnóstico de la LO tiene una fase provisional, en base a características clínicas sospechosas de la lesión, su ubicación, síntomas, historia clínica, etc. En tanto que el diagnóstico definitivo, se obtendrá luego de la identificación y supresión de los posibles factores etiológicos. En caso de no registrarse una evolución favorable pasadas 2 a 4 semanas, procede el estudio histopatológico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Existe controversia respecto a una serie de factores etiológicos y predisponentes, entre ellos: dietéticos, químicos, infecciosos y sistémicos. Entre los diagnósticos diferenciales, se incluyen: Candidiasis oral, líquen plano y lupus eritematoso, lesiones traumáticas, lupus eritematoso. También otras lesiones blancas a contemplar en el diagnóstico diferencial son: leucoplasia vellosa, lengua geográfica, quemaduras químicas, verrugas vulgares u otras lesiones papilomatosas blancas de origen viral. La importancia de la LO por su incidencia y potencial transformación metaplásica, amerita la consideración preventiva y vigilancia médica, incorporando recursos como la IA.

PALABRAS CLAVES

Leucoplasia oral, Precancer oral, Cáncer oral, Displasia epitelial, Transformación maligna

MÁS ALLÁ DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO ENTRE LOS AÑOS 2020 Y 2023 EN CHILE.

Autores y Tutores: Bello Peña Marcela Andrea¹, Israel Navón Benjamín Eduardo².

- 1. Medicina, Universidad de Santiago de Chile.**
- 2. Médico Cirujano Hospital Barros Luco Trudeau**

INTRODUCCIÓN:

El cáncer gástrico (CG) corresponde a un tumor maligno que se origina en la mucosa gástrica. Es una enfermedad compleja y heterogénea con múltiples factores de riesgo, lo que lo ha posicionado dentro de los cánceres más frecuentes en el mundo con una alta tasa de mortalidad. El objetivo del presente trabajo es describir la tasa de egreso hospitalario (TEH) por CG durante los años 2020 a 2023 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal sobre egresos hospitalarios por CG en el periodo 2020-2023 en Chile (n=20.957). Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud. Cálculo de TEH. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS

La TEH del periodo de estudio fue de 35,12/100.000 habitantes, con la mayor TEH el año 2023 con 37,99/100.000 habitantes. El sexo masculino presentó mayor TEH con 45,50/100.000. El grupo etario de 80 y más años obtuvo la mayor TEH, siendo de 117,52/100.000 habitantes en los años 2020-2023.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Al evaluar la TEH año a año, se observó un valor casi constante en las tasas entre los años 2020 (32,64) y 2021 (32,10), para luego aumentar en el año 2022 (37,75). Esto podría deberse, a la pandemia de COVID-19 donde disminuyeron los procedimientos que generan aerosoles como la endoscopia, procedimiento fundamental para el diagnóstico de CG. Las mayores TEH vistas en el sexo masculino, podrán deberse a tres factores de riesgo presentes en este grupo: el sexo como tal, obesidad y tabaquismo y alta prevalencia por infección de *Helicobacter pylori*.

La mayor TEH evidenciadas en el grupo de 80 y más años podrían explicarse porque este tipo de acancer afecta y se detecta en edades más avanzadas, también estaría relacionado con la infección por *H. Pylori*. En conclusión, el cáncer gástrico corresponde a una patología de gran importancia dentro de las causas de muerte oncológicas, habiendo un grupo de riesgo que presenta mayores TEH. Se invita a fomentar la realización de nuevas estrategias de detección temprana de este cáncer y a continuar con la actualización epidemiológica para el desarrollo de futuras investigaciones.

PALABRAS CLAVES

Cáncer gástrico, Epidemiología, Hospitalización.

RINOSINUSITIS CRÓNICA EN CHILE: ANÁLISIS DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO EN EL PERIODO 2019-2022.

Autores y Tutores: Erskine Busquets Gabriela¹, Agurto Romero Valeria Andrea¹, Arias Ahumada German Ignacio¹, Pérez De La Maza Patricia¹, Salamanca Yeber Paula Javiera¹, Aldunate Gonzalez Paula Fernanda Carolina².

- 1. Interna de medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.**
- 2. Médica cirujana**

INTRODUCCIÓN:

La rinosinusitis crónica (RSC) es una inflamación de la nariz y cavidades perinasales mayor a 12 semanas, diagnosticada por hallazgos clínicos e imagenológicos. Su importancia radica en la alta prevalencia y costos asociados.

Objetivos: Determinar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por RSC en el periodo 2019 a 2022 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo sobre egresos hospitalarios por RSC como causa básica en el periodo 2019-2022 en Chile (n=3.704), según sexo, grupo etario. Se calculó TEH, utilizando datos del departamento de estadística y salud. Por el origen de los datos, no requirió Comité de Ética.

RESULTADOS

La TEH del periodo fue de 5,27/100.000 habitantes, con la menor TEH el año 2020 con 3,49/100.000 habitantes. Existió una mayor TEH en el sexo masculino con 5,46 casos. Se evidenció a la población de entre 45 a 65 años con mayor TEH de 7,45/100.000 habitantes.

DISCUSIÓN

La menor TEH el año 2020 se podría deber a que en el periodo de pandemia por COVID-19 se reporta una disminución en las consultas en urgencias y hospitalizaciones por patologías no COVID-19. Se observa mayor TEH en el sexo masculino, pudiendo deberse a a mayor prevalencia reportada en este sexo, donde posiblemente a mayor prevalencia mayor TEH. La población adulta lideró por sobre la población pediátrica, concordante con la realidad internacional. En conclusión se identifica un grupo de riesgo para presentar una hospitalización por RSC. Por estos resultados y el déficit respecto a datos epidemiológicos nacionales, se invita a la creación de nuevas publicaciones, como también la creación de medidas preventivas para estos grupos de riesgo.

PALABRAS CLAVES

Chile, chronic disease, hospitalization, rhinosinusitis.

ROTURA AGUDA DE TENDÓN DE AQUILES: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD, 2021-2022.

Autores y Tutores: Cortés Guajardo Consuelo Mercedes¹, Hernández Saldía Javiera Solange¹, Martínez Vigorena Antonia de Jesús¹, Vargas Figueroa Millaray Rayen¹, Cid Orellana Manuel Jesús².

- 1. Universidad de Concepción, Chile**
- 2. Becado de Traumatología y Ortopedia, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile**

INTRODUCCIÓN:

La rotura aguda del tendón de Aquiles es una lesión frecuente. Se describe mayor incidencia de este cuadro, en primavera y verano, en roturas causadas por deportes de alta energía, y comparativamente más baja en invierno atribuido a reducidos niveles de actividad física practicados durante dicha estación. La resolución quirúrgica de este cuadro, ha sido objeto de intensas investigaciones y avances. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección para la mayoría de los casos, y son las intervenciones mínimamente invasivas las que destacan en términos de recuperación más rápida y menor tasa de complicaciones.

Objetivo: Caracterizar los pacientes con rotura aguda del tendón de Aquiles que fueron tratados quirúrgicamente, en un hospital de alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, observacional, de pacientes con rotura del tendón de Aquiles tratados quirúrgicamente, durante abril 2021 y diciembre de 2022, en el Hospital Higuera de Talcahuano, Chile. Se recopilaban datos descritos en el protocolo quirúrgico y ficha clínica, previa autorización de comité de ética. Se excluyeron quienes no contaran con registros completos.

RESULTADOS

56 pacientes operados. Datos disponibles para 53 pacientes. 68% de los casos lado izquierdo. Predominio de la lesión en periodo de primavera (37%). Edad promedio 42 (22- 66) años. 89 % de los casos en sexo masculino. La duración promedio de cirugía de 59 (22- 110) minutos, siendo la técnica mínimamente invasiva mediante Dresden la más frecuente, utilizada en el 51 % de los casos.

CONCLUSIÓN

La población operada se condice con lo observado en la literatura. Además, el gran porcentaje de técnica de Dresden coinciden con las tendencias actuales en el manejo de la rotura del tendón de Aquiles, apoyando la eficacia de los procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos y confirmando la creciente preferencia de estas metodologías en la práctica clínica moderna.

PALABRAS CLAVES

Minimally invasive surgical procedures, Rupture, Achilles tendon

TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR DEMENCIA VASCULAR EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2019-2022.

Autores y Tutores: Henríquez Fernández Alejandra Andrea¹, Jaña Mujica Tomás Alberto², Bastías Navarrete Claudia Andrea³, Gómez Bobadilla Camila Andrea², Mena González Bárbara Paz⁴.

- 1. Medicina, Universidad Católica del Norte**
- 2. Medicina, Universidad Andrés Bello**
- 3. Medicina, Universidad de Magallanes**
- 4. Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

La demencia vascular es un trastorno neurocognitivo significativo asociado con lesión vascular y factores de riesgo cardiovasculares. En Chile, las demencias representan el quinto lugar en defunciones, con una tasa de mortalidad significativa. Este estudio tiene como objetivo calcular la tasa de egreso hospitalario por demencia vascular en Chile entre 2019-2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y ecológico. Población estudiada incluye adultos mayores de 20 años hospitalizados por demencia vascular entre 2019-2022, utilizando datos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Se analizaron mediante la tasa de egreso hospitalario (TEH) calculada con la fórmula: $TEH = (\text{Número de egresos por Demencia Vascular} / \text{Población total en riesgo}) \times 100.000$. Los datos se procesaron con Microsoft Excel. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADOS

Total de 464 egresos hospitalarios, TEH de 0,86 por cada 100.000 habitantes durante 2019-2022. Las tasas anuales fueron 0,96 (2019), 0,86 (2020), 0,96 (2021) y 0,84 (2022). TEH por sexo fue de 1,09 (masculino) y 0,73 (femenino). Los pacientes de 80 años y más presentaron las mayores tasas (8,87 por cada 100.000 habitantes). El promedio de días de hospitalización fue de 42,45 días, con un aumento en 2021 y 2022.

DISCUSIÓN

Las tasas de egreso más bajas en 2020 coinciden con la disminución general de altas hospitalarias debido a la pandemia de COVID-19. Los hombres tuvieron mayor TEH, relacionado con factores de riesgo no modificables y hábitos como el tabaquismo y abuso de alcohol. Los pacientes mayores de 80 años mostraron la mayor prevalencia, en línea con el aumento del riesgo de demencia vascular con la edad. El aumento en los días de hospitalización en 2021 y 2022 puede estar vinculado a la reactivación del sistema de salud post-COVID-19 y secuelas cardiovasculares.

CONCLUSIÓN

La demencia vascular es común en la población chilena, especialmente en adultos mayores. Es importante considerar las secuelas que causó la pandemia en este grupo de pacientes y mejorar políticas de salud pública.

PALABRAS CLAVES

Epidemiology, Dementia, Vascular, Chile, COVID-19

TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR SALMONELOSIS EN EL PERIODO DE 2019-2022 EN CHILE MEDIANTE ESTUDIO DESCRIPTIVO

Autores y Tutores: Rojas Ruiz Luis Ignacio¹, Márquez Lepe Ricardo Alfonso¹, Sandoval Briceño Jorge Alejandro¹, Vásquez Velasco Allan Fabricio¹, Mena González Bárbara Paz²

- 1. Medicina, Universidad De Talca**
- 2. Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

La salmonelosis corresponde a un cuadro de infección por *Salmonella Typhi* o *Paratyphi*, siendo esta una de las bacterias más comunes en los alimentos y es la tercera causa de muerte en humanos por enfermedad diarreica en el mundo, de modo que se propone como objetivo determinar tasa de egreso hospitalario (TEH) por salmonelosis en el periodo de 2019-2022 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal en que se realizó un análisis descriptivo de la TEH por salmonelosis en el periodo 2019 a 2022 en Chile, según las variables sexo, edad, estadía hospitalaria. Los datos fueron procesados mediante el programa Microsoft Excel 2020. Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Departamento de Estadística e Información de Salud y el Instituto Nacional de Estadística. No se requirió evaluación por un comité de ética.

RESULTADOS

Se determinó una TEH del periodo de 4,06 por cada 100.000 habitantes, donde las tasas más altas se registraron el año 2020. No se observan diferencias significativas según sexo, sin embargo, hay una clara preponderancia en los grupos menores de 5 años. Se calculó un promedio de estadía hospitalaria de 5,1 días, sin mayores diferencias según sexo, pero sí estadías más prolongadas en pacientes entre 65 a 79 años con una media de 7 días aproximadamente.

DISCUSIÓN

La TEH no tuvo una diferencia significativa según sexo, el hecho de que la TEH más alta se diera en la población entre 0-4 años puede deberse a la inmadurez del sistema inmunitario y la fisiopatología de la enfermedad. Por su parte la estadía hospitalaria tampoco tiene diferencias significativas según el sexo, la mayor estadía hospitalaria en el grupo etario de 65 a 79 años puede guardar relación con la descompensación de las comorbilidades tales como la diabetes, hipertensión, entre otras.

CONCLUSIÓN

Se espera que mediante los datos entregados se puedan implementar medidas de salud pública dirigidas a la población de riesgo que corresponde a edades en los extremos de la vida.

PALABRAS CLAVES

Chile, Epidemiología, Infecciones por *Salmonella*.

Tasa de Egreso Hospitalario por Trastorno Depresivo Recurrente durante el periodo 2020-2023 en Chile"

Autores y Tutores: Araya Vilca Mairis Paz¹, Claps Frindt Francisco Javier², Henriquez Fernandez Alejandra Andrea³, Torres Suazo Francisca³, San Martín Vergara Francisca Noemí⁴, Aldunate González Paula Fernanda Carolina⁵

1. **Medicina, Universidad de Talca.**
2. **Medicina, Universidad de Chile.**
3. **Medicina, Universidad Católica del Norte.**
4. **Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.**
5. **Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad de alta prevalencia y aparición temprana que ocupa el primer lugar como causa principal de discapacidad a nivel mundial. Según clasificaciones internacionales, el trastorno depresivo recurrente se caracteriza por episodios depresivos mayores sin antecedentes de manía o hipomanía. Este estudio tiene como objetivo calcular la tasa de egreso hospitalario (TEH) por trastorno depresivo recurrente en Chile entre 2020-2023.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La población estudiada corresponde a hospitalizados por trastorno depresivo recurrente desde los 10 años de edad durante el periodo 2020-2023, utilizando datos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Se analizaron mediante la TEH calculada con la fórmula: $TEH = (\text{Número de egresos por Trastorno depresivo recurrente} / \text{Población total en riesgo}) \times 100.000$. Los datos se procesaron con Microsoft Excel. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADOS

La TEH aumentó de 0,99 en 2020 a 3,28 en 2023. Las mujeres presentaron una TEH superior (3,84) en comparación con los hombres (1,35). El grupo etario de 15-19 años mostró la mayor TEH (6,15), seguido por el de 10-14 años (5,49). En cuanto a la gravedad, los casos con síntomas psicóticos tuvieron la mayor TEH (3,35). En relación con el promedio de días de hospitalización, el año 2023 fue el año con mayor promedio siendo de 22,12 días.

DISCUSIÓN

El incremento en la TEH post-2020 podría relacionarse con los efectos de la pandemia de COVID-19. La mayor prevalencia en mujeres coincide con tendencias internacionales, posiblemente debido a roles sociales y estigmas asociados. La alta TEH en adolescentes refleja la vulnerabilidad de este grupo durante etapas cruciales de desarrollo. La baja TEH en mayores de 80 años podría deberse a manifestaciones atípicas de la depresión en este grupo. La prevalencia de casos con síntomas psicóticos subraya la gravedad y el riesgo aumentado de suicidio en estos pacientes.

CONCLUSIÓN

Se evidencia un grupo de riesgo, demostrando la necesidad de la generación de nuevo conocimiento asociado a los trastornos psiquiátricos y la formación de nuevas políticas públicas.

PALABRAS CLAVES

Chile, epidemiology, recurrent depressive disorder, psychiatry.

TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABSCESO PERIANAL EN EL PERIODO 2019 A 2022 EN CHILE

Autores y Tutores: Cáceres Raggi José Manuel¹, Salamanca Yeber Paula Javiera¹, San Martín Guzmán Sebastián Daves Williams², Soto Escobar Douglas Antonio³, Ruiz Ruiz Montserrat Andrea⁴, Mena González Bárbara Paz⁵

1. Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile
2. Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
3. Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile
4. Medicina, Universidad Autónoma, Talca, Chile
5. Médica Cirujana, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El absceso anorrectal corresponde a una colección localizada de tejido purulento en dicha zona. A pesar de su frecuencia, en Chile la data respecto a la epidemiología de esta patología es escasa, por lo que se propone como objetivo determinar la Tasa de Egreso Hospitalario (TEH) por absceso perianal en el período 2019 a 2022 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se realizó un análisis descriptivo de la TEH por absceso perianal en el período 2019 a 2022 en Chile, según las variables sexo, grupo etario, localización y promedio de estadía hospitalaria. La información fué recolectada desde el Departamento de Estadísticas e Información de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas y se procesaron mediante el programa Microsoft Office Excel 2021. No se requirió evaluación por un comité de ética.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 13.485 egresos hospitalarios, determinando una TEH del período de 19,18 casos por 100.000 habitantes, sin mayores variaciones durante el período estudiado. Se observa un marcado predominio en el sexo masculino y en pacientes entre 45 a 64 años de edad. La localización más frecuente fué el absceso anorrectal. Se calculó un promedio de estadía hospitalaria de 3,21 días, con estadías más largas en mujeres y en aquellos abscesos de ubicación isquiorrectal.

DISCUSIÓN CONCLUSIÓN

La tasa de egreso hospitalaria durante el período presentó una leve disminución pudiendo ser debido a la pandemia por COVID-19. Se presenta con predominancia en hombres posiblemente por mayor sudoración de estos. La corta estancia hospitalaria se asocia a la baja tasa de complicaciones asociadas. Este trabajo se establece como un estudio pionero en este tema en nuestro país, proporcionando una base para establecer el comportamiento, presentación y manejo quirúrgico de los abscesos perianales en Chile.

PALABRAS CLAVES

Absceso, Cirugía General, Cirugía Colorrectal, Chile, Epidemiología.

TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO EN EL PERIODO 2019 A 2022 EN CHILE

Autores y Tutores: Figueroa Gamboa Carlos Alejandro¹, Ramirez Caamaño Victor Ignacio², Soto Escobar Douglas Antonio¹, Contreras Calderón Danitza Lorena³, Mena González Bárbara Paz⁴

- 1. Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile**
- 2. Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile**
- 3. Médica Cirujana, CESFAM La Estrella, Pudahuel, Chile**
- 4. Médica Cirujana, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile**

INTRODUCCIÓN:

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es un trastorno respiratorio común en neonatos, pero su incidencia y características en Chile entre 2019 y 2022 no han sido ampliamente estudiadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, utilizando datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas. Se calculó la tasa de egresos hospitalarios (TEH) y el promedio de estadía hospitalaria por taquipnea transitoria del recién nacido, comparando según sexo y edad.

RESULTADOS

Se identificaron 3.807 egresos hospitalarios por TTRN, con una TEH de 81,61 por cada 100.000 habitantes durante el periodo estudiado. La TEH fue más alta en hombres que en mujeres, y la mayor incidencia se observó en menores de un año. El promedio de estadía hospitalaria fue de 10,98 días, siendo el más alto en 2022. La TEH según el grupo etario y sexo, fue mayor en hombres en menores de un año, y por el contrario fue la más baja en mujeres en el rango de 1-4 años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El aumento de la TEH en 2022 podría relacionarse con el aumento de cesáreas y la pandemia por COVID-19. Los hombres tuvieron una mayor TEH, posiblemente relacionada con la prevalencia de nacimientos masculinos. Por otra parte, la pandemia puede haber influido en el aumento del promedio de estadía hospitalaria.

La taquipnea transitoria del recién nacido parece ser un problema creciente en Chile, pero se necesitan más investigaciones para comprender mejor sus causas y factores de riesgo, así como también desarrollar políticas de salud pública efectivas. Es crucial monitorear de cerca estos cambios epidemiológicos y considerar las implicaciones de la pandemia en la salud neonatal.

PALABRAS CLAVES

Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, Recién Nacido, Pediatría, Chile, Epidemiología.

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA DEL CORAZÓN COMO CAUSA BÁSICA EN CHILE, 2016-2022

Autores y Tutores: Arroyo Zambrano Cristóbal Ignacio¹, González Espinoza Ámbar Trinidad¹, Peña Necuñir Savka Ornella¹, Fuentealba Saez Valentina Alejandra¹, Mena González Bárbara Paz²

- 1. Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.**
- 2. Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) es una enfermedad que se puede considerar una pandemia silenciosa, pero mortal, por lo que es relevante mantener actualizada su epidemiología, en razón de aquello se decide determinar la tasa de mortalidad (TM) por ECVA como causa básica en Chile en el periodo 2016 a 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se realizó un análisis descriptivo de la TM por enfermedad aterosclerótica del corazón como causa básica en población desde 20 años de edad en el periodo 2016 a 2022 en Chile, según las variables sexo, edad, región y lugar de deceso. Los datos fueron recolectados desde el Departamento de Estadísticas e Información en Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas, y posteriormente analizados mediante Microsoft Office Excel. No se requirió evaluación por comité de ética.

RESULTADOS

Se estudiaron 2.567 defunciones, determinando una TM del periodo de 2,96 defunciones por cada 100.000 habitantes, registrando la tasa más alta el 2019. Se observa un predominio en sexo masculino (con un índice de sobremortalidad masculina de 1,99), mayores de 80 años y residentes en la región Magallanes y de la Antártica Chilena. Finalmente, la mayor cantidad de decesos, se produjo en domicilio.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos podrían vincularse al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de factores de riesgo para complicaciones de ECVA. Respecto a las regiones, se vincularía mayoritariamente a los índices de pobreza multidimensional, sedentarismo y obesidad, y predominancia de pueblos indígenas.

CONCLUSIÓN

Si bien la mortalidad por esta causa ha disminuido ligeramente, es importante buscar las causas subyacentes para fortalecer el sistema de salud.

PALABRAS CLAVES

Aterosclerosis, Enfermedades Cardiovasculares, Epidemiología.

TASA DE MORTALIDAD POR OSTEOSARCOMA SEGÚN VARIABLES DEMOGRÁFICAS DURANTE EL PERIODO 2017-2021 EN CHILE

Autores y Tutores: Moreno Pérez Nicolás Alejandro¹, Muñoz Gómez Valentina Monserrat¹, Pérez Calderón Carolina Javiera¹, Espinoza Pacheco Marcelo Ignacio¹, Gleisner Bestwick Josefa¹, Pacheco Forcael Carla Ignacia²

- 1. Medicina, Universidad Andrés Bello sede Concepción**
- 2. Médico cirujano**

INTRODUCCIÓN:

El osteosarcoma es un tumor maligno poco frecuente que afecta el tejido óseo. Dado su carácter de malignidad, la mortalidad en los pacientes que lo padecen adquiere especial relevancia. Se describió la tasa de mortalidad por osteosarcoma según sexo, rango etario y región, en el periodo 2017- 2021 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de las defunciones por osteosarcoma en los años 2017-2021 en Chile, según sexo, grupo etario y región (n=777). Datos obtenidos del departamento de estadística e información en salud (DEIS). Se calculó tasa de mortalidad. No se requirió aprobación de un comité de ética.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se presentó una tasa de mortalidad de 0,81 x 100.000 habitantes. El sexo masculino presentó una mayor mortalidad con una tasa de mortalidad promedio de 0.89. La mortalidad fue mayor en los pacientes de más de 65 años. La región que presentó una mayor tasa de mortalidad estandarizada fue Antofagasta con 0,604.

DISCUSIÓN

Se registró una mayor frecuencia de defunciones por osteosarcoma en la población masculina. El osteosarcoma tiene una incidencia bimodal, presentándose en la adolescencia temprana y en adultos mayores de 65 años. La distribución geográfica de la mortalidad asociada evidenció la falta de publicaciones que expliquen las variables demográficas que determinan ello.

CONCLUSIÓN

Este estudio representa una caracterización epidemiológica que no se había llevado a cabo previamente en Chile, mostrando coherencia con la literatura internacional y proporcionando datos que ofrecen un panorama general de nuestra población.

PALABRAS CLAVES

Osteosarcoma, Cáncer, Epidemiología, Chile. // Osteosarcoma, Cancer, Epidemiology, Chile.

TÉCNICA DE ANCLAJE DISTAL EN ROTURA AGUDA DE TENDÓN DE AQUILES: EXPERIENCIA EN DOS CENTROS

Autores y Tutores: Hernández Saldía Javiera Solange¹, Cortés Guajardo Consuelo Mercedes¹, Martínez Vigorena Antonia de Jesús¹, Vargas Figueroa Millaray Rayen¹, Cid Orellana Manuel Jesús²

- 1. Medicina, Universidad de Concepción, Chile**
- 2. Becado de Traumatología y Ortopedia, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile**

INTRODUCCIÓN:

La rotura del tendón de aquiles es una lesión frecuente, de manejo conservador o quirúrgico, el cual puede ser abierto o mínimamente invasivo (MIS). El objetivo de las técnicas MIS es disminuir el tamaño de la incisión, reducir el trauma quirúrgico y disminuir el tiempo de recuperación. La técnica con anclaje distal con anclas está dentro de las técnicas MIS y consiste en el uso de anclajes óseos que se unen al calcáneo.

Objetivo: Caracterizar a la población de pacientes con rotura aguda del tendón de Aquiles que fueron tratados quirúrgicamente con la técnica de anclaje distal, en dos hospitales del Servicio de Salud Talcahuano, Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, observacional, sobre pacientes con diagnóstico de rotura de tendón de Aquiles aguda, operados con técnica de anclaje distal, durante abril 2021 y diciembre de 2022, en los Hospitales: Penco-Lirquén y Las Higueras, Talcahuano, Chile. Se recopilieron datos desde protocolo quirúrgico y ficha clínica, previa autorización de comité de ética. Se excluyeron quienes no contaran con registros completos de las variables a estudiar.

RESULTADOS

Se registró un total de 23 cirugías. Promedio de tiempo quirúrgico de 60 (35-105) minutos. Un 87 % de las cirugías se registraron en hombres. Las edades fluctuaron entre 22-59 años, con un promedio de 37 años.

Las roturas se produjeron en un 52% en el tendón de Aquiles izquierdo.

Respecto a patologías crónicas previas, se encontraban obesidad y tabaquismo crónico, ambas en un 30%.

CONCLUSIÓN

Según los resultados obtenidos, la rotura del tendón de aquiles fue más frecuente en hombres, laboralmente activos, lo que concuerda con la literatura. Es una técnica útil, en especial en paciente obesos, lo que explica la alta prevalencia de esta comorbilidad.

PALABRAS CLAVES

Achilles tendon, Anchor, Repair

UNA VISIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL ATÍPICA DURANTE EL PERIODO 2020-2023 EN CHILE

Autores y Tutores: Vera Diaz-Muñoz Francisca Valentina¹, Torres Suazo Francisca Isidora², Olavarria Abarca Joaquin Ignacio³, Palacios-Bacqué Maldonado Dominga³, Fernández Villavicencio Sofía Magdalena⁴, Aldunate González Paula Fernanda Carolina⁵

1. **Medicina, Universidad Autónoma de Chile, sede Santiago**
2. **Medicina, Universidad Católica del Norte**
3. **Medicina, Universidad Finis Terrae**
4. **Medicina, Universidad San Sebastián, sede Santiago**
5. **Médica Cirujana**

INTRODUCCIÓN:

La hiperplasia endometrial es una lesión patológica, donde se producen cambios hiperplásicos en las glándulas y estroma del endometrio.

Objetivo: Describir la tasa de egreso hospitalario (TEH) de la hiperplasia endometrial durante el periodo 2020-2023 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo sobre egresos hospitalarios por hiperplasia endometrial atípica en el periodo 2020 al 2023 en Chile (N=902) según grupo etario y promedio de días hospitalizados. Datos del Departamento de Estadística e Información de Salud, se calcularon TEH. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS

Se determinó una TEH del periodo de 2,51/100.000 habitantes. El grupo etario de 45 a 64 años presenta la mayor TEH con 6,08/100.000 habitantes. El promedio de días de hospitalización fue de 2,1 en el periodo estudiado.

DISCUSIÓN

La menor TEH fue en el año 2020, esto podría explicarse por el efecto de la pandemia de COVID-19 donde disminuyeron el número de camas, mientras que el año 2021 tuvo la mayor TEH, lo cual podría ser por el efecto rebote del inicio de la pandemia, por otro lado la mayor TEH fue en el grupo de 45 a 64 años lo cual se condice con la literatura ya que esta población tiene mayor factores de riesgo para padecer esta patología. Mientras que durante el 2020 hubo mayor promedio de estadía hospitalaria probablemente secundario a las medidas de protección y restricción que existían en ese momento.

CONCLUSIÓN

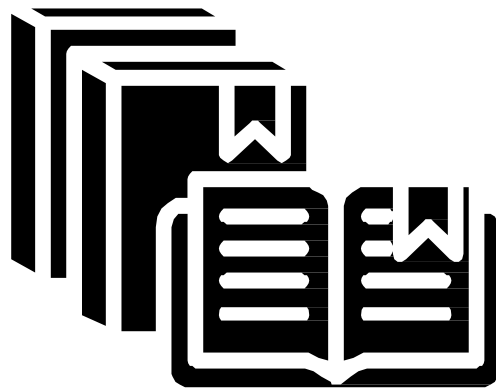
Esta investigación revela que hubo un grupo de riesgo para esta patología, y que los eventos durante la pandemia aumentaron los días de hospitalización, por lo tanto se recomienda generar más políticas públicas en relación a esta población de riesgo y generar protocolos de contingencia ante una posible nueva pandemia.

PALABRAS CLAVES

Chile, Hospitalización, Hiperplasia endometrial



Revisión bibliográfica



ESTADO DEL ARTE DEL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN OTORRINOLARINGOLOGÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores y Tutores: Palma Peña Sofía de Los Ángeles¹, Arancibia Vega Matías José¹, Otárola Pulgar Andrea Fernanda¹, Castillo Ríos Catalina Paz¹, Arévalo Villa Ignacia Javiera¹, Rehbein Valenzuela Hans Helmut², Peña López Patricio Christian Jaime³

- 1. Medicina, Universidad Mayor**
- 2. Medicina, Universidad de Valparaíso**
- 3. Otorrinolaringólogo**

INTRODUCCIÓN:

La inteligencia artificial (IA) es de interés y debate en todos los campos, incluido el otorrinolaringológico (ORL), donde aún permanecen muchos cuestionamientos pendientes. La IA fue definida como: “el estudio de cómo hacer que los computadores hagan cosas las cuales, hasta el momento, las personas hacen mejor”. El presente estudio pretende analizar el uso de la IA en la práctica otorrinolaringológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de artículos publicados en los últimos 5 años, en bases de datos Pubmed y SciELO, utilizando términos libres: “inteligencia artificial”, “otorrinolaringología”, “redes neuronales”.

RESULTADOS

Un agente inteligente puede recibir información y ejecutar acciones. Para que un programa sea capaz de “comprender” y “actuar racionalmente”, debe tener un aprendizaje, lo que se conoce como “machine learning” (ML). Posterior al proceso de ML, se han desarrollado circuitos de combinaciones no lineales creando capas neuronales, imitando el razonamiento humano. Así, podemos denominar “deep learning” (DL) a la combinación de ML con aprendizaje neuronal. Las redes neuronales y DL actualmente revolucionan la medicina en imagen y diagnóstico, que correctamente usados pueden proporcionar eficiencia y eficacia. Fundamentalmente se puede hablar de tres usos de IA en ORL: determinación de factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento (quirúrgico y no quirúrgico). El uso principal de IA en ORL se da en el manejo de imágenes mediante el desarrollo de ML y algoritmos de DL, junto a poderosas herramientas de procesamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El uso de IA en la práctica rutinaria en ORL, aún está sujeto a la resolución de problemas en la estandarización de procesos, gestión y uso de datos, y, en aspectos éticos relacionados con su privacidad.

A los anteriores se suma la correlación entre los modelos de investigación y la realidad. A pesar de lo atractivo que resulta el uso de la IA, aún esta cuenta con limitaciones que la hacen una herramienta médica en desarrollo.

PALABRAS CLAVES

Redes Neuronales, Otorrinolaringología, Inteligencia Artificial.

