



**II JORNADA
MEDICO
QUIRURGICA
ARICA 2023**

LIBRO RESUMEN

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
1 Y 2 DE DICIEMBRE 2023



Comité Editorial

Dr. Juan C. Maturana Arancibia
Dra. Andrea Bravo Castro
Dra. Andrea Larrazábal Miranda
Dr. Carlos Toro Barrientos
Dra. Giesela Hornung Cattán
Dr. Daniel Moraga Muñoz
Dra. Adriana Sapiro Santalla
Dr. Víctor Barrientos Castillo
Dra. Maggiri Monzones Vázquez
Dra. Vilma Mansilla Guevara

COMITÉ ORGANIZADOR

Yasna Saldivar Araya, Interna Medicina, Universidad de Tarapacá
Daniel Moraga Muñoz, Asesor Técnico, Universidad de Tarapacá
Centro de Estudiantes de Medicina, Universidad de Tarapacá

CONTENIDO

Dolor torácico en paciente adulto con síndrome de heterotaxia con isomerismo izquierdo operado; reporte de un caso	123
IAM tipo 2 secundario a quimioterapia por carboplatino, a propósito de un caso.....	123
A propósito de un caso: miocardiopatía no compactada	124
A propósito de un caso: Signo precoz de IAM, T de Winter	124
Descarga anómala de desfibrilador automático implantable en paciente con displasia ventricular derecha arritmogénica. Reporte de un caso	125
Amiloidosis renal, una forma infrecuente de síndrome nefrótico. Reporte de caso	125
Síndrome de DRESS, exantema y alteraciones hepáticas	126
Caracterización demográfica de muertes por cáncer gástrico en Chile en 11 años (2012-2022).....	126
Debut de Dermatomiositis un desafío constante en el piso de Medicina	127
Pancreatitis a repetición sin factor obstructivo aparente: reporte de un caso de Síndrome de Lemmel.....	128
Feocromocitoma, una lesión poco frecuente pero no despreciable: a propósito de un caso	128
Gammopatía monoclonal de significado renal como glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Reporte de caso.....	129
Síndrome linfoproliferativo como primera manifestación de tuberculosis ganglionar. A propósito de un caso.....	129
Paraganglioma retroperitoneal asociado a variante patogénica de gen SDHB: a propósito de un caso	130
Anafilaxia por reacción cruzada de proteínas transportadoras de lípidos: reporte de un caso.....	131
Múltiples complicaciones secundario a endocarditis de válvula aórtica bicúspide nativa por <i>Estafilococo Aureus</i> ...	131
Enfermedad de Castleman, a propósito de un caso	132
Diabetes inducida por glucocorticoides empleados en el manejo hospitalario de un cuadro de anemia hemolítica descompensada: reporte de un caso.....	132
Eritema indurado de Bazin en paciente con tuberculosis latente. Reporte de un caso	133
Dificultades en el diagnóstico de la enfermedad por arañazo de gato: un caso de presentación atípica	134
Neumonía que no responde a tratamiento antibiótico: infección por agente oportunista. Reporte de un caso	134
Meningitis por virus varicela zoster, a propósito de un caso	135
Infección diseminada por virus de la viruela símica como presentación de síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida: a propósito de un caso	135
Nefropatía Lúpica como manifestación de Lupus Eritematoso Sistémico en varones, a propósito de un caso.....	136
Perimiocarditis por <i>Salmonella</i> , a propósito de un caso.....	136
Insuficiencia suprarrenal secundaria a tuberculosis: urgencia endocrinológica, a propósito de un caso.....	137
Insuficiencia renal aguda en contexto de ¿síndrome hepatorenal o cardiorenal? A propósito de un caso.....	138
Linfoma no Hodgkin con compromiso de nervios craneales como debut de enfermedad en paciente VIH. Reporte de un caso.....	138
Insuficiencia cardíaca por cardiomiopatía dilatada en una mujer de 36 años	139
El diagnóstico que no hay que olvidar: mieloma múltiple. A propósito de un caso	139
Síndrome de Peutz-Jeghers y anemia severa: Lecciones de un caso clínico	140
Síndrome hemofagocítico en Lupus eritematoso sistémico activo grave, reporte de un caso	141
Pancitopenia y anemia hemolítica secundaria a déficit de vitamina B12. Una presentación inusual	141
Pancitopenia secundaria a déficit de vitamina B12: estudio inicial de pancitopenia en adultos mayores.....	142
TEP bilateral masivo en paciente joven. Reporte de un caso	142
TVP en contexto de paciente con trombofilia por déficit de proteína C	143
y portador de filtro de vena cava inferior: Reporte de caso.....	143
Impacto de factores genéticos y terapias hormonales en Trombosis Venosa Cerebral. A propósito de un caso.....	144
Flegmasia Cerúlea Dolens: Reporte de un caso.....	144
Pseudoaneurisma carotídeo como complicación de disección arterial: a propósito de un caso.....	145
Desafío diagnóstico de la arteritis de Takayasu, a propósito de un caso	145
Arteritis de Takayasu, a propósito de un caso.....	146
Hernia paracolostómica en paciente de 61 años, a propósito de un caso	146
Vólvulo de sigmoides como presentación de megacolon por inercia colónica: Reporte de un caso	147
Colangiocarcinoma como diagnóstico diferencial de absceso colangítico en paciente con cuadros de.....	148
colangitis a repetición	148
Hematoma subcapsular hepático como complicación de CPRE: reporte de un caso	148
Mixoma auricular en paciente de 47 años, a propósito de un caso.....	149
De la cancha de fútbol al pabellón. Esplenectomía en adolescente: Reporte de un caso.....	149

Líquido libre peritoneal no hemorrágico en contexto de trauma abdominal cerrado	150
Infarto omental una posibilidad diagnóstica de abdomen agudo: a propósito de un caso.....	150
Cuando el tiempo es intestino, un diferencial de abdomen agudo subestimado en personas jóvenes con factores de riesgo	151
Trauma abdominal por herida de arma de fuego con lesión hepática	152
Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas mediastínico, un caso clínico infrecuente	152
Neumonía necrotizante con absceso pulmonar que evoluciona en empiema tratada por medio de bilobectomía	153
Más allá de lo evidente: un caso de absceso perianal con complicaciones escrotales	153
Caso clínico hidroneumotórax derecho a tensión secundario a tuberculosis en servicio de urgencia del hospital Juan Noé Crevani, Arica-Chile	154
Obstrucción intestinal actínica, a propósito de un caso	154
Manejo de vólvulo de intestino delgado, etiología infrecuente de obstrucción intestinal. Reporte de un caso	155
Hernia diafragmática de Bochdalek con ascenso multivisceral: generalidades de una patología infrecuente.....	155
Fístula esófago-pleural post manga gástrica a propósito de un caso.....	156
Caracterización epidemiológica de las pacientes que deciden la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley IVE) en la Región de Magallanes entre los años 2018-2022.....	157
PRESentando Desafíos: Un Caso de Encefalopatía Posterior Reversible en el Puerperio Mediato	157
Interrupción del Embarazo como Piedra Angular de la Falla Hepática Aguda Periparto	158
Cuando la Vida Florece en Lugares Inusuales: Embarazo Ectópico en el Ovario, reporte de un caso	158
Acretismo Placentario; A propósito de un caso	159
Síndrome de HELLP, una patología infrecuente, pero una bomba de tiempo para dos vidas; reporte de un caso ...	159
A propósito de un caso: Cetoacidosis euglicémica en paciente puérpera	160
Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de caso	160
Adenocarcinoma de la Glándula de Bartolino: Un caso singular en la práctica clínica	161
Desafíos en la urgencia ginecológica: Tumor ovárico gigante complicado en contexto de discapacidad intelectual y física severa, reporte de un caso	161
Presentación atípica de mioma: a propósito de un caso	162
Tumor pélvico intraperitoneal como hallazgo imagenológico: reporte de un caso.....	163
Dolor torácico en paciente con cáncer de mama, ¿costocondritis o metástasis ósea? Con respecto a un caso clínico	163
Reporte de un caso: síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.....	164
Hipertensión intracraneal idiopática: un diagnóstico poco común en la adolescencia	164
Dolor torácico como presentación clínica de quiste hidatídico complicado	165
Diagnóstico diferencial de absceso retroauricular: a propósito de un caso	165
Doble facomatosis: complejo esclerosis tuberosa y síndrome Sturge-Weber. Descripción de un caso	166
Taquicardia ventricular como presentación de miocarditis aguda en paciente pediátrico, reporte de un caso	167
Deficiencia de hormona del crecimiento humano en Síndrome de Phelan-McDermid, reporte de un caso	167
Hipertensión pulmonar concomitante a influenza AH1N1 en paciente pediátrico, un reporte de caso	168
Síndrome de Guillian-Barré –Variante AMAN– en pediatría, a propósito de un caso	168
Déficit de adhesión leucocitaria tipo 1 de fenotipo severo, reporte de un caso.....	169
Derrame pleural bilateral paraneumónico en escolar de 9 años: a propósito de un caso	170
De lo infeccioso a lo autoinmune: El camino de Mycoplasma pneumoniae hacia la Encefalitis	170
Encefalitis autoinmune anti-receptores n-metil-d-aspartato en adolescente: a propósito de un caso	171
Intoxicación aguda por sobredosis de paracetamol en paciente adolescente, reporte de un caso	171
Colecistolitiasis en lactante, reporte de caso	172
Linfangioma quístico con diagnóstico neonatal, reporte de un caso	172
Onfalitis, importancia del diagnóstico y tratamiento precoz: a propósito de un caso.....	173
Síndrome de Jeune: Reporte de caso.....	174
Síndrome de Hanhart un reto terapéutico: reporte de caso	174
Enfermedad de Menkes un reto diagnóstico. A propósito de un caso	175
Linfohistiocitosis hemofagocítica secundaria a síndrome de piel escaldada a propósito de un caso	175
Fractura de Fémur derecho con mecanismo de baja energía en paciente con osteogénesis imperfecta: a propósito de un caso.....	176
Luxación de hallux irreductible por interposición de sesamoideos, a propósito de un caso	176
Deformidad de fémur tras fractura en la infancia: un caso de recuperación compleja y lecciones aprendidas	177
Luxación posterior recidivante de prótesis de cadera a propósito de un caso	178
Tumor de células de gigantes de hueso sacro: una ubicación atípica. A propósito de un caso.....	178
Osteocondritis disecante inestable de rodilla manejado con mosaicoplastia, un desafío diagnóstico y terapéutico ..	179

Resúmenes

J. health med. sci., 9(clinical cases):123-194, 2023.

Osteosarcoma convencional de alto grado en fémur distal izquierdo en paciente adulto joven. Reporte de un caso	179
Sialolitiasis gigante de glándula submandibular: reporte de caso	180
Polipo nasal unilateral de origen micótico con respecto a un caso clínico	181
Síndrome de Lemierre secundario a otomastoiditis aguda: a propósito de un caso	181
Hematoma orbitario tras implante de drenaje para glaucoma: Importancia del estudio preoperatorio	182
Descripción de egresos hospitalarios por trastorno de estrés postraumático en la población chilena en el periodo 2019 a 2022	182
Quiste eruptivo de los vellos: reporte de un caso	183
Hiperhidrosis facial tratada con sales de hidróxido de aluminio y emoliente: reporte de un caso	183
Presentación atípica de cáncer de mama: enfermedad de Paget mamaria, reporte de un caso	184
Caso Clínico: Manifestación Cutánea de Síndrome Paraneoplásico en Paciente con Tumor Renal	184
Tasa de mortalidad por tumor maligno del encéfalo como causa básica entre los años 2017-2022 en Chile: estudio descriptivo	185
Compromiso cualitativo de conciencia en gestante: meningioma vs esquizofrenia, un reporte de caso	185
Oftalmoplejia externa progresiva crónica, a propósito de un caso	186
Síndrome psicótico agudo epileptiforme posterior a resección parcial de macroadenoma hipofisario: reporte de un caso	187
Mielopatía aguda post operatorio de etiología incierta. Reporte de un caso	187
Neuromielitis longitudinalmente extensa: reporte de un caso	188
Encefalitis autoinmune: Un diagnóstico complejo	188
Cefalea en trueno, más allá de sangrado intracraneal: a propósito de un caso	189
Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico Diferencial de Síndrome de Miller-Fisher: A propósito de un caso	190
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: a propósito de un caso	190
Parque epidural con inyección autóloga de sangre como tratamiento para hipotensión intracraneal espontánea. Reporte de un caso	191
Torsión testicular bilateral (TTB) de presentación clínica atípica. A propósito de un caso	191
Divertículo uretral femenino complicado, a propósito de un caso	192
Uroperitoneo como posibilidad diagnóstica, a propósito de un caso	193
Tumor renal asociado a urolitiasis. A propósito de un caso	193

R-01

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE ADULTO CON SÍNDROME DE HETEROTAXIA CON ISOMERISMO IZQUIERDO OPERADO; REPORTE DE UN CASO.

Matías Santos G.¹, Daniel Valdés F.¹, Manuel Cáceres H.¹, Emmanuel Vega C.¹, Gonzalo Bustos B.¹

¹Interno de medicina. Facultad de Medicina Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de heterotaxia (SH) es caracterizado por un patrón anormal del eje izquierda-derecha de los órganos torácicos y abdominales, que ocurre en 1 cada 10.000 nacidos vivos. La edad promedio de muerte o necesidad de trasplante son 45 años, así como el porcentaje de supervivencia libre de patologías como insuficiencia cardíaca (IC), taquiarritmias (TA), bradiarritmias (BA) y accidente cerebrovascular (ACV), va disminuyendo de los 20 a los 40 años. El objetivo de este reporte es presentar el caso del abordaje realizado a un paciente con SH y dolor torácico (DT).

Presentación del caso: Paciente femenino de 22 años portadora de SH, isomerismo izquierdo, ventrículo único, marcapaso bicameral, cirugía de Glenn, poliglobulia con eritroferesis periódica, consume aspirina y sildenafil, consulta por DT de dos horas de evolución, tipo punzante, inicio insidioso, sin síntomas neurovegetativos, además, refiere sentirse ansiosa. Al examen físico destaca saturación de oxígeno 88%, frecuencia respiratoria de 28 respiraciones/minuto, pulso 70 latidos/minuto, presión arterial 118/70 mmHg, ritmo regular en 2 tiempos con soplo holosistólico III/VI en foco pulmonar, sin dolor en articulación costochondral. Se realiza exámenes de laboratorio, donde destaca troponina T 4.95 ng/l y hemoglobina de 23.3 mg/dl, con electrocardiograma sin hallazgos isquémicos agudos y morfología de dextrocardia, radiografía de tórax impresionada dextrocardia. Es manejada como crisis de ansiedad, con cese del DT, al tranquilizar a la paciente y explicarle que no está cursando una enfermedad aguda.

Discusión: El enfrentamiento de un paciente con SH es complejo, más aún si cursa con DT, pero es imperante no precipitarse para evitar manejos inadecuados. Por otro lado, es necesario realizar una adecuada historia clínica y exámenes dirigidos para descartar patologías agudas y tranquilizar al paciente, quien conlleva una alta carga de enfermedad.

Palabras clave: Síndrome de heterotaxia, Cardiopatía congénita, Dolor torácico.

R-02

IAM TIPO 2 SECUNDARIO A QUIMIOTERAPIA POR CARBOPLATINO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicolás Craig G.¹ Constanza Contreras F.¹
Israel Roblero L.¹ Eduardo Canteros C.¹ Gadir Hassan G.¹

¹Interno/a de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Introducción: El IAM tipo 2 se caracteriza por necrosis miocárdica resultante de la isquemia, causada por una mayor demanda de oxígeno miocárdico y/o una disminución del suministro de oxígeno a este.

Presentación del Caso: Paciente femenina, 71 años, con antecedentes de HTA, tabaquismo y cáncer escamoso de laringe recidivado en tratamiento con Carboplatino. Consulta por 12 horas de evolución de dolor torácico retroesternal opresivo, intensidad 7/10, sin síntomas neurovegetativos. Ingresa hemodinámicamente estable, sin hallazgos al examen físico. Se realiza electrocardiograma sin cambios sugerentes de isquemia y troponinas ultrasensibles que resultan en 33,4 ng/L y luego a las 2 horas en 44,8 ng/L evidenciando una curva de troponinas positivas para Infarto Agudo al Miocardio.

Discusión: Evidenciamos un efecto adverso muy inusual del carboplatino, un infarto tipo 2 por vasoespasmo, pero que es un riesgo real en tratamientos, así como muchos otros efectos adversos. Es necesario estar conscientes de ellos al trabajar en un Servicio de Urgencias, ya que es común atender pacientes con múltiples comorbilidades y medicamentos a su ingreso. En la Unidad Coronaria se realiza una coronariografía diagnóstica que evidencia estenosis no significativas de la arteria descendente anterior por lo cual podemos concluir, dado la evolución del cuadro, que la paciente cursó con un IAM tipo 2 por uso de carboplatino.

Conclusión: Estos casos pueden presentarse como dolores atípicos al Servicio de Urgencias, debemos tener un alto umbral de sospecha frente a pacientes con estos antecedentes y al atenderlos revisar efectos adversos de este tipo de terapias para derivar a centros terciarios en caso de ser necesario.

Palabras clave: Infarto del Miocardio, Carboplatino, Enfermedad Coronaria.

R-03

**A PROPÓSITO DE UN CASO:
MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA**

Bryan Barahona V.¹, Catalina Chirino L.¹,
Bárbara Guíñez A.¹, Katherine Romero V.¹, José Montes G.²

¹Interno/a de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Médico internista, Hospital de Linares

RESUMEN

Introducción: Descrita desde 1984, la miocardiopatía no compactada (MCNC) se caracteriza por una alteración estructural en las capas del miocardio. Por una parte, se evidencia una capa endocárdica gruesa y de aspecto esponjoso, con una trabeculación prominente con recesos profundos que comunican con la cavidad ventricular; y por otra, una capa epicárdica de aspecto denso y uniforme. Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, pudiendo presentar en estadios avanzados la triada clásica de insuficiencia cardíaca, arritmia ventricular y embolia sistémica.

Presentación del Caso: Paciente de 53 años, con antecedentes de fibrilación auricular permanente en tratamiento anticoagulante oral e insuficiencia cardíaca, quien en control por cardiología se le realiza ecocardiograma transtorácico que muestra una fracción de eyección de 44%, ventrículo izquierdo con paredes de grosor aumentado con imagen extensa en región medio ventricular izquierda de aspecto calcificado que une septum con pared lateral a nivel medio ventricular, de aspecto fenestrado con doppler color a su través. En este contexto, se decide realizar resonancia nuclear magnética (RNM) cardíaca que informa MCNC asociado a fibrosis trabecular con presencia de trombo organizado y velo posterior rudimentario.

Discusión: La ecocardiografía es el método de screening de elección. Si bien no existe un criterio diagnóstico para la MCNC validado como superior, destacan por su aceptación los criterios de Jenni que consideran la estructuración diferenciada de las capas con trabeculaciones prominentes y recesos profundos, la presencia de flujo Doppler en recesos intratrabeculares y el hallazgo de malla trabecular prominente. En relación al caso presentado, el diagnóstico ecográfico fue más complejo en vista del hallazgo de trombo organizado, fibrosis trabecular y el velo posterior rudimentario, por lo que fue imprescindible el uso de RNM. La MCNC no presenta un

tratamiento específico, por lo que debe manejarse según los lineamientos planteados para insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: Miocardiopatía, ecocardiografía, insuficiencia cardíaca, arritmias.

R-04

**A PROPÓSITO DE UN CASO: SIGNO PRECOZ
DE IAM, T DE WINTER**

Sebastián Zepeda R.¹, Emmanuel Vega C¹,
Francisco Villalobos M¹,

¹Interno de Medicina, Facultad Medicina,
Universidad de Tarapacá.

RESUMEN

Introducción: El Síndrome coronario agudo con supradesnivel del ST, es una de las patologías más prevalentes en Chile y pertenece al grupo de enfermedades cardiovasculares que obtienen el primer lugar en mortalidad de nuestro país. Pese a lo anterior aún se puede pasar por alto en los servicios de urgencias, por lo que la detección precoz de una oclusión coronaria mediante el electrocardiograma es clave para mejorar el pronóstico a corto y largo plazo.

Presentación del Caso: Paciente masculino de 75 años con antecedentes de Diabetes mellitus 2, Hipertensión Arterial, sin antecedentes quirúrgicos ni alérgicos. Consulta por cuadro de dolor torácico de 2 horas de evolución caracterizado por dolor opresivo que se irradia a brazo y región cervical izquierda, asociado a síntomas adrenérgicos y lipotimia. Paciente refiere que dolor inicia en reposo y de forma súbita. Al examen físico sin alteraciones, por lo que se solicita electrocardiograma (ECG) y exámenes de laboratorio, donde se destacan troponinas en 54,53 ng/l y en el ECG se observan T de Winter, por lo que se solicita un segundo ECG que evidencia un SDST en V2-V4. Se decide hospitalizar y por indicación de cardiólogo se decide realizar angioplastia que resulta sin complicaciones, posteriormente se realiza un Ecocardiograma que evidencia: disfunción sistólica leve FEVI 42%. Se realiza coronariografía sin complicaciones. Debido a buena evolución clínica se decide dar el alta con control ambulatorio y pendiente un segundo ecocardiograma.

Conclusión: Conocer los signos precoces de isquemia y realizar ECG seriados aumentan tanto la posibilidad

diagnostica como un manejo oportuno reduciendo la morbimortalidad de los síndromes coronarios agudos.

Palabras clave: Infarto, ECG, Síndrome Coronario Agudo.

R-05

DESCARGA ANÓMALA DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PACIENTE CON DISPLASIA VENTRICULAR DERECHA ARRITMOGÉNICA. REPORTE DE UN CASO

Joaquín Gálvez B.¹, Oriel Bravo A.¹, Esteban Tapia I.¹, Katherine Pino G.¹,

¹Interno de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago

RESUMEN

Introducción: La displasia ventricular derecha arritmogénica (DVDA) es una enfermedad genética autosómica dominante progresiva caracterizada por el reemplazo de los miocardiocitos del ventrículo derecho por tejido fibroadiposo debido a alteraciones genéticas relacionadas a proteínas desmosomales. Tiene como principal tratamiento la instalación de un desfibrilador automático implantable (DAI) cuando su forma de presentación es muerte súbita espontánea, definida como taquicardia ventricular o fibrilación ventricular sin un exacerbante claro. En los pacientes con instalación de DAI como prevención secundaria, el 60% cursa con un correcto funcionamiento del mismo a 8.8 años, mientras que un 21% experimenta descargas anómalas inadecuadas principalmente por taquicardia sinusal, otros tipos de arritmias supraventriculares, detección inadecuada y mal funcionamiento del aparato.

Presentación del Caso: Paciente masculino de 40 años con antecedente de DVDA diagnosticada hace 10 años por episodio de muerte súbita recuperada mientras realizaba actividad física, con posterior instalación de desfibrilador automático implantable (DAI). Acude al servicio de urgencias por 2 descargas anómalas realizadas por el DAI en reposo mientras comía. Ingresa hemodinámicamente estable, ritmo cardíaco regular, normotenso, eupneico y afebril. Electrocardiograma en ritmo sinusal con bloqueo incompleto de rama derecha y laboratorio sin alteraciones electrolíticas. Dada su evolución favorable y asintomática, se da el alta con derivación a hospital de base para estudio de electrofisiología y monitorización del DAI.

Discusión-Conclusión: El tratamiento de la DAVD que debuta con muerte súbita espontánea cuenta con la instalación de un DAI como primera línea de tratamiento. Pese a que 1 de cada 5 pacientes presenta descargas anómalas frente a ritmos que no son desfibrilables, es la elección inicial debido a que logra una sobrevida del 98% a 7 años de su instalación, pequeñas tasas de trasplante cardíaco de un 4% y es una terapia salvavidas en los pacientes que cursan con fibrilación ventricular posterior a su instalación.

Palabras clave: Reporte de caso, Muerte súbita, Desfibrilador implantable, Displasia ventricular derecha arritmogénica.

R-06

AMILOIDOSIS RENAL, UNA FORMA INFRECUENTE DE SÍNDROME NEFRÓTICO. REPORTE DE CASO

Mirko Sepúlveda N.¹, Andrés Valenzuela S.¹, Juan Pillampel S.², Rocío Osorio P.³

¹Interno de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile

²Médico Internista subespecialista en Nefrología. Hospital Dr. Juan Noe Crevani, Arica.

³Médica Internista subespecialista en Hematología. Hospital Dr. Juan Noe Crevani, Arica.

RESUMEN

Introducción: La amiloidosis es un grupo de trastornos que se caracterizan por depósito de proteínas mal plegadas como fibrillas amiloide, distorsionando la estructura y función de los tejidos afectados. Existen diversas manifestaciones clínicas por depósito amiloide entre ellas la enfermedad de Alzheimer, Parkinson, etc. La amiloidosis renal es un trastorno raro e intratable que lleva a una insuficiencia renal progresiva. Este caso presenta un síndrome nefrótico con amiloidosis como etiología.

Presentación del Caso: Paciente masculino de 36 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, consulta por edema en miembros inferiores de 3 meses de evolución, interpretado como nefrosis lipoidea en extrasistema, en tratamiento con corticoides y furosemida durante 3 meses sin respuesta terapéutica.

En exámenes destaca creatinina 1,73 mg/dL, nitrógeno ureico 39,2 mg/dL, albúmina 2,3 g/dL, proteínas totales 3,99 g/dL, colesterol total 264 mg/dL, microalbuminuria 1027,34 mg/24h, proteinuria 1,8 g/24h,

electroforesis de proteínas en orina con proteinuria no significativa, inmunofijación con componente monoclonal Kappa. Otros exámenes ANA, perfil ENA, ANCA, Anti-MB glomerular, PLA2R, electroforesis de proteínas séricas, β 2-microglobulina negativos. Ecografía renal riñones de tamaño normal. En este contexto se decide biopsia renal que resulta positiva para Rojo Congo, compatible con amiloidosis renal primaria tipo AL, por cadenas livianas Kappa con compromiso glomerular, intersticial y vascular.

Ecocardiograma transtorácico sin signos de miocardiopatía restrictiva. Se presenta caso a hematología, para manejo de disproteinemia. Comité oncológico determina inicio de quimioterapia y eventual trasplante de progenitores hematopoyéticos autólogos. Actualmente el paciente se mantiene con esquema CyBorD (ciclofosfamida, bortezomib, dexametasona) y controles por hematología, oncología y nefrología.

Discusión: Este caso destaca la importancia que todo síndrome nefrótico en el adulto debe ser estudiado con biopsia, ya que define etiología, pronóstico y permite un manejo dirigido según la causa. El diagnóstico precoz nos permite enfrentar una enfermedad tan poco frecuente y de pronóstico reservado como la amiloidosis.

Palabras clave: Amiloidosis, Síndrome Nefrótico, Rojo Congo, Quimioterapia.

R-07

SÍNDROME DE DRESS, EXANTEMA Y ALTERACIONES HEPÁTICAS

Gianfranco Cavaletto O.¹, Gonzalo Fernandez P.¹, Martín Jara N.¹, Pilar Jimenez R.¹, Juan Miguel Sumba C.²

¹Interno Medicina Universidad Autónoma, Santiago de Chile.

²Médico internista, Universidad de Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción adversa grave a medicamentos, caracterizada por fiebre, exantema, eosinofilia y afectación de multiorgánica. La incidencia en Chile se desconoce, estimada entre 1-10 casos por cada 10.000 exposiciones a fármacos. El diagnóstico basado en la exposición al medicamento, el inicio de síntomas tardío (2 a 8 semanas), la presencia de signos cutáneos o sistémico.

Presentación del Caso: Paciente femenina que consulta por lesiones cutáneas maculares eritematosas pruriginosas, compromiso del estado general, tos seca, dolor abdominal, fiebre y escalofríos. Se identifica como desencadenante cambio de terapia crónica de psicofármacos a Lamotrigina hace 4 semanas. Exámenes de laboratorio con aumento de transaminasas y leucocitosis. Anticuerpos y serología negativa. TAC de tórax reveló neumonitis intersticial y derrame pleural. Es evaluada por dermatología quienes confirman diagnóstico e indica tratamiento con prednisona en altas dosis. Evolucionando favorablemente, con normalización de enzimas hepáticas y mejor sintomática.

Discusión: En el caso presentado, se observa una paciente que cambia terapia de base a lamotrigina, un anticonvulsivante asociado al síndrome de DRESS. La paciente cuenta con criterios para su diagnóstico: lesiones cutáneas, asociado a compromiso multiorgánico (aumento importante de transaminasas, demarcando afectación hepática y TAC de tórax evidenciando afectación pulmonar). Además de anticuerpos y la serología negativa, descartando causas infecciosas o autoinmunes. El caso ilustra la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, una entidad potencialmente mortal que puede causar daño irreversible en los órganos afectados.

Conclusión: El síndrome de DRESS corresponde a una entidad grave y potencialmente letal, por lo que requiere un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz a fin de evitar el mayor compromiso sistémico. Es esencial un abordaje multiintegral con reumatólogos, dermatólogos, inmunólogos, así como un adecuado seguimiento y vigilancia de posibles complicaciones.

Palabras Clave: Síndrome de Hipersensibilidad a Medicamentos, Erupciones por Medicamentos, Hipersensibilidad, Hipersensibilidad a las Drogas.

R-08

CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE MUERTES POR CÁNCER GÁSTRICO EN CHILE EN 11 AÑOS (2012-2022)

Karina Cárcamo B.¹, Martín Castro S.¹, María Ignacia Baier C.¹, Bayron Jorquera G.¹, Paulina Abara C.²

¹Alumno/a Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

²Cirujana General Hospital San Camilo, San Felipe.

RESUMEN

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es la cuarta causa de muerte por cáncer en el mundo y la segunda en Chile desde 2018, la supervivencia a 5 años es de 20-25%, lo que significa un desafío para la salud pública del país. El objetivo de este trabajo es caracterizar demográficamente las muertes por CG durante los años 2012 a 2022 en pacientes mayores de 15 años en Chile.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y ecológico. La muestra estuvo compuesta por las defunciones de mayores de 15 años por "Neoplasia maligna del estómago" en todas sus categorías según el CIE-10 desde el 2012 hasta el 2022, utilizando la base de datos del Departamento de Estadísticas de Información en Salud (DEIS). Los datos se agruparon según rangos etarios, sexo y región. Se calculó tasa de mortalidad por 100.000 habitantes (TM) y desviación estándar (DE). No se requirió comité de ética.

Resultados: Se registraron 34.959 muertes por CG en Chile durante los 11 años estudiados. La TM global fue de 18,07 DE 0,99. Según sexo la TM promedio masculina fue de 24,55 DE 1,38, la femenina fue 11,87 DE 0,71. El rango etario con mayor TM es el de mayores de 65 años con 114,25 DE 5,51. En cuanto a localización, en promedio las TM más altas están en las regiones de Ñuble y Los Ríos con 26,5 DE 2,52 y 26,3 DE 2,18, y las menores en Tarapacá y Antofagasta con 11,68 DE 1,83 y 10,22 DE 1,70 respectivamente.

Discusión y conclusión: Hubo una leve disminución en la tasa global de muertes por CG, las mayores TM se concentran en el centro-sur del país, afectando principalmente al sexo masculino y a mayores de 65 años. Es importante conocer el comportamiento epidemiológico del CG en Chile, pues permite planificar intervenciones tempranas y acordes.

Palabras claves: Epidemiología, Neoplasias Gástricas, Mortalidad.

R-09**DEBUT DE DERMATOMIOSITIS UN DESAFÍO CONSTANTE EN EL PISO DE MEDICINA**

Manuel Cáceres H.¹, Emmanuel Vega C.¹,
Matías Santos G.¹, Javier Cornejo M.¹

¹Interno de medicina, Facultad de Medicina
Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: La dermatomiositis es una enfermedad autoinmune rara que afecta los músculos y la piel, caracterizada por inflamación y debilidad muscular, así como erupciones cutáneas distintivas. Este trastorno, aunque poco común, puede afectar a personas de cualquier edad, y sus síntomas pueden variar desde dolor muscular hasta complicaciones más graves. Comprender la dermatomiositis implica explorar la complejidad de su etiología, los desafíos en su diagnóstico y las opciones de tratamiento en evolución. Este caso pretende arrojar luz sobre esta condición multifacética que impacta a este paciente.

Presentación del caso: Paciente femenino de 55 años, con antecedentes recientes de Dermatomiositis en estudio e hipertensión arterial, experimenta desde julio de 2022 debilidad muscular progresiva y mialgias, afectando su autonomía para las actividades diarias. Presenta eritema morbiliforme en la cara, cuello y extremidades. Sin fiebre ni cambios en peso, acude a su primer control en policlínico de reumatológica, lo que lleva a su hospitalización inmediata. Su ingreso revela la estabilidad general y signos vitales normales. Las evaluaciones indican compromiso muscular, evidenciado por elevación de CK total (10767) y clínica del paciente. Destaca elevación de creatinemia y proteinuria, a lo que dado por sus exámenes inmunológicos ANA +, hace pensar en una Nefropatía lúpica. Tras recibir metilprednisolona, muestra mejoría clínica, tras lo cual se inicia ciclofosfamida. Se planifican estudios adicionales, incluido un TAC para descartar neoplasia. Los planes de tratamiento abordan aspectos hemodinámicos, infecciosos, reumatológicos, respiratorios, hematológicos y renal, este último debido a la sospecha de nefropatía lúpica. Se destaca una red de apoyo social sólida. Aunque el paciente se encuentra en buen estado actualmente, se mantiene una vigilancia activa debido a la complejidad de su condición.

Discusión: El caso presenta un desafío clínico complejo con la dermatomiositis y sus implicaciones multisistémicas. La atención oportuna, integral y multidisciplinaria son esenciales para una adecuada evolución.

Palabras claves: Dermatomiositis, Nefropatía, CK Total.

R-10

PANCREATITIS A REPETICIÓN SIN FACTOR OBSTRUCTIVO APARENTE: REPORTE DE UN CASO DE SÍNDROME DE LEMMEL

Vicente Herrera S.¹, Sabrina Zúñiga O.¹, Valentina Castaño A.¹, Katherine Tapia G.¹, ranz González A.²

¹Interno/a, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

²Médico cirujano, Hospital Regional de Talca, Equipo de Cirugía digestiva, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Lemmel suele ser un hallazgo en adultos mayores, presentándose rara vez como litiasis, colangitis o pancreatitis recurrentes. Su etiología más frecuente son divertículos duodenales periampulares. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica diagnóstico-terapéutica.

Presentación del caso: Femenina, 56 años, antecedentes de enfermedad celíaca, colecistectomía por adenomiosomatosis vesicular, colectomía total por poliposis familiar y dolor abdominal recurrente desde 2016. Consulta en San Javier por epigastralgia y náuseas, al examen físico sin signos de irritación peritoneal, administrándose solución fisiológica con metamizol, pargoverina y metoclopramida con respuesta parcial. El laboratorio evidencia elevación de enzimas hepáticas y lipasa 3192U/l, derivándose a Talca con diagnóstico de pancreatitis aguda (PA). El escáner y resonancia abdominopélvicos informan dilatación de la vía biliar (VB) y hallazgos compatibles con PA. Se hospitaliza con reposo digestivo por 48 horas y reinicio paulatino de alimentación, evoluciona favorablemente siendo dada de alta con exámenes normales. Reingresa al mes por cuadro similar, se realiza ecografía abdominal que muestra dilatación de VB distal de 14 mm, sin factor obstructivo. Se retoma reposo digestivo, dejando control en policlínico de gastroenterología con colangiografía, que informó dilatación de VB extrahepática y divertículo duodenal yuxtapapilar, derivándose a cirugía digestiva, aún en lista de espera para CPRE.

Discusión-Conclusión: 5-10% de la población presenta divertículos duodenales, aumentando con la edad. El diagnóstico es imagenológico, clasificándose en tipo I (papila en divertículo), II (papila al margen del divertículo), III (papila yuxtadiverticular). La anatomía y habilidad del endoscopista determinarán la canulación del conducto y papilotomía en la

CPRE (considerar divertículos periampulares como factores de riesgo de sangrado post papilotomía). En Chile no existen datos epidemiológicos, siendo fundamental aumentar el reporte de casos para conocer el comportamiento e incidencia en el país, además de sospecharlo como diagnóstico diferencial en una PA sin causa aparente, y así evitar retrasos en el diagnóstico.

Palabras clave: Ampolla hepatopancreática; Divertículo; Ictericia obstructiva.

R-11

FEOCROMOCITOMA, UNA LESIÓN POCO FRECUENTE PERO NO DESPRECIABLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Raul Yunge V¹, Ale Peigñan G.¹, Danilo Pacheco G.¹, Catalina Troncoso M.¹, Ale Ñancupil R²

¹Interno/a de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

²Médico Cirujano, Becado de medicina interna, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

RESUMEN

Introducción: El feocromocitoma corresponde a un tumor neuroendocrino productor de catecolaminas originado de las células cromafines del sistema nervioso simpático. Si bien su incidencia es baja, cerca de 0.8 casos por 100.000 habitantes, predominante entre la tercera y quinta década de la vida, su importancia radica en la variedad de presentaciones clínicas asociadas, abarcando desde pacientes con síntomas y signos derivados del exceso de catecolaminas, hasta pacientes completamente asintomáticos, constituyendo una causa reversible de hipertensión arterial, así como de otras morbilidades predominantemente de la esfera cardiovascular

Presentación del caso: Paciente femenina, de 62 años, con antecedente de DM2, consulta en servicio de urgencia por dolor torácico retroesternal, opresivo, de inicio brusco, mientras se encontraba reposo. ECG seriados muestran alteraciones inespecíficas del ST-T, curva de TUS (+), dímero D elevado. AngioTC de tórax descarta TEP, sin embargo, evidencia masa suprarrenal de aspecto proliferativo primario de 8 x 6 cms. Cuadro se maneja como SCA S/SDST, estudio ecocardiográfico y angiográfico concordante con miocardiopatía por estrés. Estudio de masa suprarrenal corrobora estructura quística,

multiloculada, con tabiques y paredes gruesas de 82 x 50 mm. Test de Nugent (-), metanefrinas urinarias elevadas, estudio de extensión descarta tumor en contexto de NEM tipo 2. Se realiza suprarrenalectomía izquierda previa preparación por equipo multidisciplinario, biopsia confirma lesión concordante con feocromocitoma.

Discusión: El feocromocitoma es una lesión tumoral de baja incidencia y prevalencia, con una variedad de manifestaciones considerables, generalmente de tipo paroxísticas, derivadas de la alta carga circulante de catecolaminas. Producto de la posibilidad de efectuar un manejo definitivo, y por tanto, alcanzar remisión de signos y síntomas asociados, debe permanecer dentro de nuestro abanico de diagnósticos diferenciales, efectuando las medidas necesarias que permitan al paciente optar a una resolución en un tiempo adecuado, mejorando su calidad de vida y evitando potenciales complicaciones.

Palabras clave: Feocromocitoma, Neoplasia endocrina múltiple, Catecolaminas.

R-12

GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO RENAL COMO GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA. REPORTE DE CASO

Mirko Sepúlveda N.¹, Andrés Valenzuela S.¹,
Juan Pillampel S.², Rocio Osorio P.³

¹Interno de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.

²Médico Internista subespecialista en Nefrología.
Hospital Dr. Juan Noe Crevani, Arica.

³Médica Internista subespecialista en Hematología.
Hospital Dr. Juan Noe Crevani, Arica.

RESUMEN

Introducción: Las gammapatías monoclonales de significado renal (GMSR) engloban un conjunto de enfermedades raras que se caracterizan patogénicamente por expansión clonal de células plasmáticas que sintetizan una inmunoglobulina o una de sus cadenas ligeras o pesadas, con capacidad de depositarse y producir daño a nivel glomerular, tubular, intersticial o vascular, confiriendo una heterogeneidad grande. Este caso presenta una glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) asintomática con GMSR como etiología.

Presentación del caso: Paciente femenina de 45 años, sin antecedentes mórbidos, asintomática, es

derivada a especialidad porque en un control preventivo presentó creatinina 1,43 mg/dL y proteinuria 1,23 g/24h hace 3 meses. Al control, creatinina 1,91 mg/dL, proteinuria 1,15 g/24h, tasa de filtración glomerular 32,6 mL/min/1,73 m² por la fórmula CKD-EPI, electroforesis de proteínas en sangre y orina destaca proteinuria no selectiva mientras que en inmunofluorescencia se reporta presencia de componente monoclonal clase IgA tipo lambda. Otros exámenes ANA, perfil ENA, ANCA, anti-DNAs, anti-MB-glomerular, PLA2R, β₂-microglobulina negativos. Ecografía renal informa riñones de tamaño normal y signos de nefropatía crónica leve.

En contexto de enfermedad renal crónica (ERC) estadio G3B y proteinuria persistente, se decide biopsia renal que resulta compatible con podocitopatía patrón GEFS tipo clásica. Se deriva a hematología por sospecha de discrasia sanguínea quien realiza mielograma con presencia de 15% células plasmáticas. En este contexto el cuadro clínico se interpreta como GEFS secundaria a GMSR. Comité oncológico determina inicio de quimioterapia, actualmente la paciente se mantiene con esquema VDT (bortezomib, talidomida, dexametasona) y controles por hematología, oncología y nefrología.

Conclusión: Este caso presenta la importancia del tamizaje y control preventivo de ERC. Si bien la paciente se presentó asintomática, se mantenía cursando una discrasia sanguínea la cual se logró sospechar gracias a los exámenes complementarios, entre ellos la biopsia renal, que adquiere un valor en el estudio de la proteinuria persistente.

Palabras clave: Gammapatía monoclonal, glomeruloesclerosis focal y segmentaria, enfermedad renal crónica, proteinuria, quimioterapia.

R-13

SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS GANGLIONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Claudio Santander Z.¹, Rodrigo Araya V.¹,
Damaris Ponce P.¹, Valentina Contreras C.¹

¹Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis ganglionar se encuentra entre las presentaciones más frecuentes de tuberculosis (TB) extrapulmonar representando

entre un 30 al 60%. Los ganglios cervicales son con diferencia, las más frecuentemente afectadas, luego mediastínicas, axilares e inguinales. Esta manifestación está fuertemente asociada a la infección concomitante del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) los cuales tienen un riesgo mayor de infección.

Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años, sin comorbilidades, se presenta en urgencias, asintomático, con imagen del extrasistema que informa múltiples adenopatías mediastínicas, perigástricas y retroperitoneales. Fue hospitalizado con diagnóstico presuntivo de síndrome linfoproliferativo para estudio. Sin antecedentes personales ni familiares de enfermedades autoinmunes ni neoplásicas, niega baja de peso, sudoración nocturna, astenia, fiebre o cuadros catarrales previos, no ha presentado cambios en hábito defecatorio ni urinario. Al examen físico con múltiples adenopatías en región inguinal, sin adenopatías cervicales al momento de la consulta. Se completa estudio imagenológico, inmunológico e infeccioso, los cuales resultaron todos negativos. Fue dado de alta con biopsia ganglionar pendiente. Paciente evoluciona con adenopatías cervicales izquierdas, por lo que se realizó biopsia de ganglios inguinal y cervical izquierdos, resultando el inguinal positivo para TB. Una semana después, evoluciona rápidamente con derrame pleural e insuficiencia respiratoria aguda con líquido pleural tipo exudado mononuclear con adenosina desaminasa bajo, con mala respuesta a antibioticoterapia endovenosa, requiriendo ventilación mecánica y drogas vasoactivas. Debido a la mala evolución y pronóstico se ingresa a cuidados paliativos.

Discusión-conclusión: La clínica de la tuberculosis ganglionar se manifiesta como una linfadenopatía tuberculosa, inicialmente indolora, firme y móvil en relación con los planos profundos y superficiales. La presentación extrapulmonar suele deberse a la tuberculosis latente, sin embargo, en nuestro caso, fue una primoinfección debido al estado inmunodeprimido del paciente, no VIH, el cual afectó inicialmente a ganglios mediastínicos e inguinales, luego fue diseminándose al resto de las cadenas ganglionares.

Palabras clave: Huésped Inmunocomprometido; Trastornos Linfoproliferativos, Tuberculosis Extrapulmonar.

R-14

PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL ASOCIADO A VARIANTE PATOGENICA DE GEN SDHB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Chloé Jacomet G.¹, María José Vergara G.¹, Carolina Verdugo C.¹, María Añazco G.¹, Javier Vela U.²

¹Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

²Cirujano General, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome paraganglioma-feocromocitoma engloba un conjunto de trastornos caracterizados por el desarrollo de tumores neuroendocrinos como el feocromocitoma (PH) y otros tumores extraadrenales llamados paragangliomas (PGL). Estos tienden a ser benignos, pero generan un amplio número de síntomas, siendo una causa rara de hipertensión arterial (HTA) secundaria (incidencia de 0,3 al 0,5%). Hasta el 40% están asociados a mutaciones genéticas, por lo que debe considerarse el asesoramiento genético.

Presentación del caso: Mujer de 16 años, sin antecedentes clínicos, con antecedentes familiares de múltiples feocromocitomas sin estudio genético, presenta HTA en rangos de crisis. Se realizan normetanefrinas que resultan elevadas en 3291 ug/L. Tomografía axial computada de abdomen y pelvis muestra lesión retroperitoneal izquierda sugerente de paraganglioma de 6.5 centímetros, confirmada con tomografía por emisión de positrones con radio-trazador Dotatate. Se decide resección laparoscópica, con bloqueo alfa adrenérgico y beta adrenérgico previo, realizada sin incidentes. Debido al antecedente familiar, se realiza estudio genético que concluye portación patológica de variante patogénica del gen SDHB, por lo que permanece en seguimiento clínico-imagenológico.

Discusión-Conclusión: Los PGL y PH son tumores secretores de catecolaminas. Generan síntomas inespecíficos como cefalea, palpitaciones, y son una causa rara de HTA. Las mutaciones patogénicas del gen SDHB generan riesgo de 22-49% de PGL y PH y riesgo aumentado de otras patologías: riesgo de 5% de cáncer renal, y mayor riesgo de tumores del estroma gastrointestinal (GIST). El presente caso ilustra la importancia del estudio genético en pacientes con antecedentes familiares de tumores

neuroendocrinos y que presentan PGL y/o PH. La identificación de mutaciones es fundamental, no solo para una atención y seguimiento clínico individualizado, sino que también para la consejería genética familiar, ya que conlleva la necesidad de evaluar a familiares en busca de la mutación, para una detección temprana y manejo proactivo de las posibles manifestaciones.

Palabras clave: Paraganglioma, Feocromocitoma, Adrenal.

R-15

ANAFILAXIA POR REACCIÓN CRUZADA DE PROTEÍNAS TRANSPORTADORAS DE LÍPIDOS: REPORTE DE UN CASO

Carolina Arroyo H.¹, Danitza Barría S.¹,
Camila González A.¹, Felipe Ramírez Z.¹,
Francisca Valenzuela L.², Tomás Infante M.³

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago.

²Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

³Médico Cirujano, CESFAM Dr. David Benavente.

RESUMEN

Introducción: La anafilaxia es una reacción alérgica grave de rápida instauración. Esta se puede dar por alergias alimentarias, en específico por proteínas transportadoras de lípidos no específicas (nsLTP), las cuales en interacción con factores externos (medioambientales, antiinflamatorios y/o ejercicio físico) pueden predisponer a reacciones graves.

Presentación del caso: Mujer de 25 años, con antecedentes de dermatitis atópica, presenta cuadro clínico de 30 minutos de duración, posterior ingesta de ibuprofeno y maíz, caracterizado por angioedema, urticaria en cuello, tronco, abdomen y extremidades, asociado a dolor abdominal. Ingresó a urgencias en contexto de una anafilaxia, taquicárdica y subfebril, donde subsiguiente a evaluación clínica, se le administró oxígeno por cánula nasal y epinefrina intramuscular, presentando disminución del cuadro. Posteriormente, consultó con un inmunólogo, quien solicitó el test ALEX2, test microarray que se utiliza para hacer un diagnóstico molecular con un panel de 295 alérgenos. Este arrojó niveles moderados y altos de IgE relacionados a nsLTP correspondientes a maíz y polen de árbol platanero, respectivamente.

Discusión: Las nsLTP son moléculas que se encuentran presentes en variadas plantas, frutas y pólenes. Tienen una estructura altamente estable, lo que les confiere resistencia al pH ácido, temperatura y digestión enzimática, por lo que se comportan como alérgenos alimentarios. Últimamente se ha visto un aumento en la sensibilización a estas proteínas, causando desde reacciones leves, como urticaria de contacto y/o síndrome de alergia oral, hasta reacciones graves, como la anafilaxia. El diagnóstico se realiza con una anamnesis exhaustiva, clínica y análisis de los posibles alimentos involucrados.

Palabras clave: Anafilaxia, Proteína transportadora de lípidos, Alergia, Dermatitis Atópica.

R-16

MÚLTIPLES COMPLICACIONES SECUNDARIO A ENDOCARDITIS DE VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE NATIVA POR ESTAFILOCOCO AUREUS

Carlos Vergara B.², Carolina Chambi M.¹, Melannie Ayala A.¹, Benjamín Rousseau M.³, Maria Ojeda R.¹

¹Médica cirujana, EDF CESFAM Eugenio Petruccelli Astudillo, Arica.

²Interno de medicina, Universidad de Tarapacá, Arica.

³Estudiante de pregrado medicina, Universidad de Tarapacá, Arica.

RESUMEN

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es la infección del endocardio asociado a formación de vegetaciones. Sus complicaciones pueden ser cardíacas 50%, neurológicas 40%, émbolos sépticos 25%. La severidad del cuadro aumenta con la cantidad de complicaciones, pero su prevalencia tiene una relación inversa con la cantidad de éstas.

Presentación del caso: Hombre 45 años, sin antecedentes mórbidos, acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución: dolor abdominal, mialgias, fiebre 38.9° y sudoración nocturna. Además, desviación de comisura labial y hemiparesia braquial izquierda. Examen físico: petequias subconjuntivales, soplo diastólico III/IV, lesiones janeway y hemorragias en astilla. NIHSS 4 puntos. Laboratorio PCR > 200 mg/L, lactato 3,7, VHS 34, LDH 515 leucocitos 22.000 predominio segmentados. Tomografía computada (TC) de encéfalo "accidente cerebrovascular (ACV) isquémico corticosubcortical en parietal derecho". TC abdomen y pelvis

con contraste “múltiples infartos esplénicos y renales”. Se hospitaliza por sospecha EI e inicia antibiótico (ATB) empírico. Hemocultivos periféricos 1 y 2 “Staphylococcus aureus multisensibles”. Se ajusta ATB. Ecocardiograma transesofágico (ETE) “válvula aórtica bicúspide con múltiples vegetaciones e insuficiencia severa. Válvula mitral vegetación grande en base del velo mayor perforado”. TC de encéfalo posterior “lesión hemorrágica frontal derecha y nuevas lesiones isquémicas”. Se confirma EI sin posibilidad de cardiocirugía por ACV hemorrágico. Tras resolución de cuadro hemorrágico, es trasladado para cirugía. Exámenes postoperatorios confirman insuficiencia cardiaca con FEVI reducida.

Discusión-conclusión: La detección de complicaciones requiere una evaluación minuciosa. Para las EI en cavidades izquierdas se espera una mortalidad del 38%, aumentando al 74% si se presentan complicaciones. Nuestro caso presenta ACV isquémico y hemorrágico, infartos renales bilaterales y esplénicos e insuficiencia cardiaca, las cuales aumentan la severidad del cuadro. Se destaca la infección por Staphylococcus aureus, microorganismo que se asocia a mayor cantidad de complicaciones respecto a otros.

Palabras clave: Embolias, Endocarditis, Válvula.

R-17

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Maximiliano Lagunas P.¹, Miguel Calderón C.²,
Fernando Lohse G.¹, Karina Gallardo A.¹, Mariana Pereira A.¹

¹Interno de Medicina, Universidad de Chile.

²Interno de Medicina, Universidad de los Andes.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Castleman (EC) describe un conjunto heterogéneo de síndromes linfoproliferativos reactivos, con rasgos histológicos comunes, pero variabilidad en etiologías, presentaciones, manejo y pronóstico. Se divide en variantes unicéntricas y multicéntricas, estas últimas subdivididas en idiopáticas, asociadas al virus herpes 8 (VHH-8) y POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, desorden monoclonal y cambios cutáneos).

Presentación del caso: Hombre de 33 años, consulta por cuadro de 6 semanas de evolución de fiebre intermitente, tos seca y diaforesis nocturna.

Dentro del estudio inicial destaca elevación de parámetros inflamatorios, anemia y trombocitopenia. La tomografía computarizada de tórax y abdomen evidencia infiltrados bilaterales pulmonares, focos de consolidación, derrame pleural derecho y adenopatías retroperitoneales. Se hospitaliza para manejo antibiótico con sospecha de neumonía bacteriana, persistiendo con fiebre intermitente. Se excluyen causas infecciosas y autoinmune, se interpreta como síndrome linfoproliferativo. Se solicita tomografía por emisión de positrones (PET-CT) informando adenopatía hipermetabólica submentoniana, la cual posteriormente es biopsiada, siendo compatible con EC multicéntrica. Se maneja con Rituximab y corticoides, con respuesta favorable.

Discusión-conclusión: La presentación clínica de la EC varía, abarcando desde síntomas sistémicos poco específicos, hasta una afectación multisistémica. Es relevante considerar el incremento actual en su incidencia, en parte debido a factores de riesgo asociados, como el aumento de casos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se relaciona estrechamente a VHH-8. Las estrategias de manejo exitosas incluyen terapia antirretroviral efectiva, corticoides e inmunoterapia, con resultados positivos en la mayoría de los casos. No obstante, persisten situaciones refractarias que requieren mayor investigación de la EC.

Palabras clave: Enfermedad de Castleman, Desórdenes linfoproliferativos, Síndrome POEMS.

R-18

DIABETES INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES EMPLEADOS EN EL MANEJO HOSPITALARIO DE UN CUADRO DE ANEMIA HEMOLÍTICA DESCOMPENSADA: REPORTE DE UN CASO

Carolina Reveco C.¹, Fernanda Franzani A.¹, Vaitiare
Pérez I.¹, Cristian Perales A.¹, Matías Aguilera J.¹

¹Interna/o de medicina, Universidad de Talca, Curicó, Chile

RESUMEN

Introducción: la diabetes inducida por glucocorticoides corresponde al aumento de niveles de glucemia (a rangos diagnósticos) en personas bajo tratamiento con glucocorticoides, sin criterios diagnósticos previos. El uso crónico y dosis altas aumentan el riesgo. Los glucocorticoides sintéticos

son de amplio uso médico por sus propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras, sin embargo, su acción metabólica los hace hiperglucemiantes (aumentan la gluconeogénesis y síntesis de glucógeno en el hígado y disminuyen la captación periférica de glucosa).

Presentación del caso: Paciente femenina, 53 años, con antecedentes de anemia hemolítica hace 22 años, en tratamiento crónico con prednisona 30 mg/día y prediabetes hace 1 año, tratada con metformina 850 mg/día. Hospitalizada en servicio de medicina de hospital de Talca por reagudización de su patología, presentando cuadro de ictericia y disnea progresiva (2 semanas de evolución), abdomen doloroso en hipocostado izquierdo, esplenomegalia Boyd-1; laboratorio de ingreso: Hto: 20% Hb: 6.7 GR: 1,9 Glicemia: 78 mg/dL. Se manejó con metilprednisolona 1 gr EV/día por 3 días con traslape a prednisona oral 60 mg/día (1 mg/kg). Luego de terapia EV refirió síntomas de hiperglicemia (poliuria, polidipsia), registrando consecutivamente glicemias capilares de ayuno entre 150-200 mg/dL y postprandiales (2 horas) cercanas a 350 mg/dL, apoyándose con insulina cristalina según esquema hospitalario. Nuevo laboratorio evidenció glicemia de 305 mg/dL. Egresó con diagnóstico de diabetes esteroidea, con indicación de metformina 850 mg 2 veces/día e insulina NPH 26UI/AM.

Discusión: La frecuencia de uso, potencia y vía de administración de los glucocorticoides tienen directa relación con su efecto hiperglucemiante, siendo variable durante el día, predominantemente vespertino en gran parte de los casos, lo que supone un desafío para la pesquisa y diagnóstico de la diabetes esteroidea. El esquema de tratamiento dependerá de los niveles glucémicos que maneje el paciente, así como las metas de glucemia van de la mano con sus características y antecedentes, la frecuencia de uso y dosis de glucocorticoides.

Palabras clave: hiperglucemia, glucocorticoides, diabetes.

R-19

ERITEMA INDURADO DE BAZIN EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS LATENTE. REPORTE DE UN CASO

Melannie Ayala A.¹, Carlos Vergara B.³,
Camila Decombe R.², María Ojeda R.¹,
Gonzalo Hevia M.⁴

¹Médica cirujana, EDF CESFAM

Eugenio Petruccelli Astudillo, Arica.

²Médica cirujana, Universidad de Tarapacá, Arica.

³Interno de medicina, Universidad de Tarapacá, Arica.

⁴Dermatólogo, Hospital Dr. Juan Noé Crevani, Arica.

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis (TB) cutánea es infrecuente, se presenta 1-2% de los pacientes con manifestaciones extrapulmonares de infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Las tuberculides son reacciones de hipersensibilidad a antígenos de micobacterias y dentro de este grupo está el eritema indurado de Bazin (EIB), patología infrecuente de incidencia desconocida, cuya etiología identificable más común corresponde a TB.

Presentación del caso: Paciente femenino de 68 años, antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y carcinoma espinocelular. Consulta en Dermatología por aparición de lesiones dolorosas en extremidades inferiores de 3 semanas de evolución, sin síntomas sistémicos asociados. Examen físico: nódulos eritematosos en muslos bilateral. Con sospecha de paniculitis, biopsia de piel Hematoxilina-Eosina muestra dermohipodermatitis mixta granulomatosa con vasculitis. Evoluciona con múltiples úlceras en zonas de paniculitis pese al uso de antiinflamatorios y reposo, se inicia yoduro de potasio y corticoides intralesionales. PCR micobacterias, tinción Kinyoun y cultivo de Koch de muestra de tejido cutáneo negativos. Derivado proteico purificado (PPD): 23 mm, radiografía de tórax normal y PCR TB esputo negativo. Considerando clínica e histopatología se inicia esquema antituberculoso con 4 drogas. Tras 6 meses de terapia, resolución de lesiones.

Discusión: Se expone la presentación clásica de una patología muy infrecuente. Debe sospecharse ante nódulos subcutáneos eritematosos en extremidades inferiores y evolución con ulceración. La presencia de una paniculitis de predominio lobulillar con vasculitis es clave para el diagnóstico. El agente etiológico más frecuente es TB, el cual debe buscarse mediante PPD o IGRA. La PCR en tejido es positiva solo en un 25% de los casos con PPD positivo y respuesta a tratamiento anti-TB. El tratamiento incluye manejo de la patología de base y la respuesta inflamatoria. El estudio apropiado es clave especialmente en nuestra población, que presenta los índices más altos de TB a nivel nacional.

Palabras clave: Nódulos, Paniculitis, Tuberculosis cutánea.

R-20

DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Evelyn Ramos P.¹, Javiera Abarca T.¹,
Paula Villablanca P.¹, Karen Muñoz E.¹, Alonso Reyes F.¹

¹Pontificia Universidad Católica de Chile, Red Salud UC
Christus, Hospital Clínico Universidad Católica.

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad por Arañazo de Gato (EAG) corresponde a una infección causada por *Bartonella henselae* (BH) por contacto con gatos. Clásicamente se caracteriza por aparición de lesiones cutáneas y linfadenopatías en la región cercana al sitio de inoculación. Aun así, existen manifestaciones atípicas descritas que incluyen hepatoesplenomegalia, compromiso ocular y síntomas neurológicos; menos frecuentemente hipercalcemia, endocarditis, púrpura trombocitopénica, entre otras. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y serología para BH, donde títulos de IgG mayores a 1:256 sugieren fuertemente una infección activa o reciente.

Presentación del caso: Mujer de 22 años sin antecedentes médicos. Consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de edema palpebral progresivo en ojo derecho. Dos meses más tarde evoluciona con dolor y edema en región sublingual derecha, adenopatía cervical derecha y ojo rojo superficial derecho. Niega contactos con gatos en el último año, sin embargo refiere haber tenido contacto con heces de gato una semana antes del inicio del cuadro. Sin manifestaciones cutáneas al examen físico. Fue manejada inicialmente con lágrimas artificiales, antibióticos oculares tópicos y antiinflamatorios, sin respuesta. Se realiza serología para Citomegalovirus, Epstein Bar y BH, destacando en esta última IgG (+) en dilución 1/512, por lo que se indica claritromicina, logrando resolución completa del cuadro.

Discusión-conclusión: La EAG es comúnmente una enfermedad de niños y adultos jóvenes. A pesar de su presentación cutánea clásica, es importante destacar que se han documentado numerosas manifestaciones clínicas atípicas. Se describe que entre el 5-10% de los casos hay lesiones que difieren de la lesión cutánea clásica, principalmente en ojos y mucosas. Este fenómeno podría explicar el edema palpebral y sublingual presentado por la paciente. Resulta fundamental mantener un alto índice

de sospecha de la EAG aun en presencia de clínica atípica, para así otorgar tratamiento oportuno y prevenir eventuales complicaciones del cuadro.

Palabras clave: Enfermedad por Rasguño de Gato, *Bartonella henselae*, Linfadenopatía.

R-21

NEUMONÍA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO: INFECCIÓN POR AGENTE OPORTUNISTA. REPORTE DE UN CASO

Gabriela Cabezón L.¹, Gustavo Cares C.¹,
Juvenal Contreras V.¹, Michelle Ibáñez J.¹

¹Interna/o de medicina Universidad Austral de Chile, Valdivia.

RESUMEN

Introducción: La Neumonía es una infección de vía aérea baja que compromete el parénquima pulmonar. Es una causa frecuente de consulta en servicio de urgencias, que muchas veces requiere hospitalización, involucrando mayor morbimortalidad. Puede ser causada por virus, bacterias y hongos. El tratamiento será indicado de acuerdo con la etiología.

Presentación del caso: Paciente femenina, 66 años, con hipertensión arterial y artritis reumatoide en tratamiento con Metilprednisolona, leflunomida, salazosulfapirina y metotrexato.

Consultó en hospital de Río Bueno por cuadro de tos y disnea progresiva de una semana de evolución. Se hospitalizó por Neumonía adquirida en la comunidad y se indicó Ceftriaxona-Azitromicina. Luego de una semana de tratamiento antibiótico, persistió sintomática, por lo que fue derivada a Hospital Base Valdivia, en donde se hospitalizó para continuar estudio. En exámenes destacó leucocitosis y PCR elevada, Tomografía Computada (TC) de tórax con opacidades parenquimatosas bilaterales multifocales. Foco de neumopatía aguda en Lóbulo Inferior Derecho". El estudio etiológico con cultivo de expectoración, fibrobroncoscopia y lavado broncoalveolar resultó positivo para aspergilosis, y con test de galactomano en sangre positivo. Se diagnosticó Aspergilosis pulmonar (AP) y se indicó Voriconazol. Evolucionó favorablemente.

Discusión-conclusión: El caso presentado, corresponde a una neumonía que no respondió a tratamiento antibiótico estándar según etiología y prevalencia

regional, resultando en un fracaso terapéutico, esto puede ocurrir por error en la indicación de antibioterapia, patógeno resistente o no cubierto por tratamiento empírico, paciente inmunosuprimido, o neumonía complicada. Por esto, se decidió hospitalizar para continuar estudio, se diagnosticó AP, patología que afecta principalmente a inmunosuprimidos, lo cual es concordante con el antecedente de artritis reumatoide en tratamiento. Según la literatura, el diagnóstico de AP se realiza mediante historia clínica, hallazgos sugerentes en TC tórax, asociado a histología o cultivo concordante. En el caso presentado, se realizó diagnóstico y tratamiento adecuado posterior a la identificación del agente etiológico.

Palabras clave: neumonía, aspergilosis, huésped inmunocomprometido.

R-22

MENINGITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER, A PROPÓSITO DE UN CASO

Fabián Antilaf Z.¹, Benjamín Meléndez S.¹, Felipe Muñoz S.¹, Roberto Santana L.¹, Iván Morales B.²

¹Interno de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Becado de neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico UC.

RESUMEN

Introducción: El virus varicela zoster (VVZ) luego de su primoinfección se mantiene latente en los ganglios dorsales pudiendo reactivarse. Su forma más común de hacerlo es el herpes zoster (HZ), infrecuentemente lo hará como meningitis, factores de riesgo para esto son la inmunosupresión y edad avanzada.

Presentación del caso: Paciente masculino, 17 años, consultó por cefalea de 5 días de intensidad leve, la cual se intensificó llegando a 8/10 en la escala visual análoga, asociándose a náuseas y vómitos. Se manejó con ketorolaco y metoclopramida, debido a mala respuesta, se tomó una tomografía de cerebro, que no evidenció hallazgos. Paciente se hospitalizó para estudio. Ingresó con signos vitales normales, afebril, vigil, orientado, atento, sin afasia ni disartria, sin alteración de pares craneanos, examen motor y sensitivo normales, Kernig positivo, sin rigidez cervical.

Se hizo una punción lumbar que informó leucocitos 695 ul, linfocitos 92%, segmentados 1%, hematies

21450 ul, proteínas 154 mg/dl, glucosa 47,8 mg/dl, panel meningitis encefalitis positivo para VVZ. Se inició Aciclovir endovenoso, siendo dado de alta a la semana por buena respuesta.

Discusión: La meningitis por VVZ a diferencia de la meningitis bacteriana, se suele presentar de manera menos aguda y sin alteración del estado de conciencia. Debe ser sospechada en pacientes con cefalea, rigidez de nuca, fiebre y signos meníngeos, un hallazgo que nos puede orientar a su diagnóstico etiológico específico son las lesiones clásicas del HZ. El diagnóstico final será mediante una PCR específica de líquido cefalorraquídeo.

Conclusión: La meningitis por VVZ es un desafío diagnóstico. A pesar de que se suele presentar en pacientes inmunodeprimidos o de edad avanzada, se debe mantener su sospecha en pacientes jóvenes e inmunocompetentes, debido a que el inicio oportuno de la terapia antiviral disminuye su mortalidad y secuelas.

Palabras claves: Herpes virus 3 humano, infecciones sistema nervioso central, meningitis.

R-23

INFECCIÓN DISEMINADA POR VIRUS DE LA VIRUELA SÍMICA COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés Estefane D.¹, Carlos Oyarce M.¹, Pilar Moreno L.¹, Josefina Maldonado K.¹

¹Interna/o de medicina Universidad de Valparaíso.

RESUMEN

Introducción: La viruela símica o Mpox es una zoonosis viral causada por el virus Monkeypox o virus de la viruela símica. Se transmite mediante contacto con fluidos biológicos o lesiones del hospedero. Esta entidad fue aislada por primera vez en 1958 en simios. En 1970, el primer caso de infección humana fue reportado en África, manteniéndose como agente endémico de este continente.

Presentación de caso: Se trata de paciente masculino de 49 años, que consultó por aparición de lesiones ulcerativas, pruriginosas, dolorosas, en región genital, que luego se generalizaron hacia extremidades

inferiores, cuero cabelludo, cara y dorso; además de pérdida de peso 15 kilos en cuatro meses. En exámenes de ingreso destacan: índices de actividad inflamatoria elevados, anemia moderada, leucopenia junto con linfopenia y test VIH positivo. Dentro de búsqueda de infecciones oportunistas propias de la inmunodeficiencia adquirida se objetiva: Sífilis latente indeterminada e infección por citomegalovirus. Se realiza PCR para viruela símica que resulta positiva. Paciente es presentado a comité monkeypox MINSAL, inicia tratamiento con Tecovirimat por dos semanas; manejándose con analgesia y curaciones por enfermería hasta la epitelización de las lesiones en su totalidad, momento en el cual se levanta aislamiento. El paciente permanece hospitalizado hasta compensación de las otras patologías.

Discusión: El 2022, la organización mundial de la salud declaró una emergencia sanitaria global debido al aumento de casos de Mpox fuera de África. Las características epidemiológicas de este brote son inusuales, con un patrón de transmisión asociado a contacto sexual, evidenciando tasas de incidencia más altas en personas con múltiples parejas sexuales, con una distribución de lesiones predominantemente en áreas genital, anal y perianal. Además, se asocia a infecciones de transmisión sexual. Hay que, por lo tanto, tener en consideración este agente al vernos enfrentados a pacientes de riesgo, así como pesquisar otras infecciones de transmisión sexual en casos de Mpox.

Palabras Clave: Viruela del mono, SIDA, VIH.

R-24

NEFROPATÍA LÚPICA COMO MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN VARONES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Constanza Colville S.¹, Francisca Colville S.¹, Benjamín Lobos T.¹, Mario, Colville S.²

¹Estudiante de medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

²Médico cirujano, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES), es una enfermedad autoinmune caracterizada por seropositividad de múltiples autoanticuerpos y afectación sistémica. Dándose prevalentemente en mujeres en edad fértil (aprox. 90%). Respecto a diferencias

entre hombres y mujeres, estudios evidencian mayor afectación renal en hombres. Siendo la nefritis lúpica (NL) una afección renal grave que progresa a terminal en 20% tras 10 años del diagnóstico.

Presentación de caso: Paciente masculino, 30 años, con NL hace 8 años. Tratado con pulsos de Ciclofosfamida y posterior mantenimiento con azatioprina, teniendo respuesta favorable. Controles posteriores demuestra inactividad sistémica, sin embargo, persiste albuminuria importante. Nueva biopsia, informa glomerulonefritis lúpica difusa con 22% de crecientes fibrocelulares, con signos de daño podocitario extenso. Actualmente cursa recidiva: Cuadro de dolor torácico con tope inspiratorio, edema de EI y disnea. Constatándose hipertenso, Edema +++/+++ , Creatinina 5,66, Proteinuria 19, Urea 273, BUN 93, Albumina 1,7, Clearance 19 ml/min. Se hospitaliza por AKI sobre ERC 2ria NL. Evoluciona con rápido deterioro, sin respuesta a pulsos de metilprednisona asociado a Rituximab. Optando por protocolo Eurolypus, mostrándose insuficiente, siendo necesaria instalación de fistula Artero-Venosa para pronta diálisis.

Discusión: En LES factores genéticos y hormonales tienen rol importante en su patogénesis y expresión, la marcada influencia del género sobre su ocurrencia lo demuestra. Razón por la que se considera tradicionalmente ligada a mujeres, generando sesgo en pacientes masculinos. Relevante, dado que presenta significativa mortalidad, sobreviviendo solo 68% a 20 años.

Conclusión: Si bien LES es una patología que afecta principalmente a mujeres, estudios han demostrado que los pacientes masculinos tienen un daño orgánico más severo y una mayor incidencia de NL; por lo tanto, es posible que requieran un tratamiento inicial más agresivo que pacientes femeninas. Diferencia que podría explicarse por el retraso en el diagnóstico por la infrecuente consideración inicial dentro de los diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: Lupus Eritematoso Sistémico, Nefritis Lúpica, Insuficiencia Renal Crónica.

R-25

PERIMIOCARDITIS POR SALMONELLA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Danilo Pacheco G.¹, Ale Peigñan G.², Raúl Yunge V.¹, Catalina Troncoso M.², Ale Ñancupil R.³

¹Interno de Medicina de 7mo año,
Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

²Interna de Medicina de 7^{mo} año,
Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

³Médico cirujano, Becado de Medicina Interna Universidad
Austral de Chile, Valdivia, Chile

RESUMEN

Introducción: La pericarditis es una entidad clínica frecuente. Cuando se asocia a afectación miocárdica evidenciada por elevación de biomarcadores cardíacos y disfunción ventricular se denomina perimicarditis. Su etiología es variada, siendo la mayoría secundarias a infecciones virales autolimitadas. El compromiso cardíaco secundario a infección por Salmonella es raro, particularmente en individuos inmunocompetentes. Presentamos el caso de un hombre joven previamente sano que consulta por dolor torácico.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 32 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal, disentería y vómitos; a lo que posteriormente se agrega dolor torácico opresivo por lo que decide consultar. Se presenta hemodinámicamente estable, examen físico anodino. Electrocardiograma con elevación difusa cóncava del ST, en exámenes destacan troponinas ultrasensibles 837 pg/ml, se hospitaliza en UTI para observación. Estudio de coinfecciones virales negativo, Filmarray de deposiciones (+) para Salmonella. Ecocardiograma mostró leve disfunción sistólica con fracción de eyección 50%, sin derrame pericárdico. Se inició colchicina, inhibidores de enzima convertidora de angiotensina y betabloqueo a dosis bajas bien toleradas. Evoluciona favorablemente, sin alteraciones del ritmo, sin insuficiencia cardíaca, con resolución completa de síntomas y normalización de electrocardiograma.

Discusión: La miopericarditis por enterobacterias es rara, suele presentarse en individuos jóvenes de sexo masculino. Asimismo, la afectación cardíaca por Salmonella spp es infrecuente, pero se han reportado casos en la literatura. En nuestro paciente el antecedente de gastroenteritis, la detección del microorganismo en muestra de deposiciones y descarte de coinfección viral hicieron sugerente el diagnóstico. La limitación más importante del caso es que no se pudo precisar si se trataba de Salmonella tifoidea o no tifoidea. El tratamiento de la perimicarditis se basa en antiinflamatorios y tratamiento de insuficiencia cardíaca y tiene buen pronóstico a largo plazo.

Palabras Clave: Pericarditis, Miocarditis, Miopericarditis, Salmonella, Reporte de caso.

R-26

INSUFICIENCIA SUPRARENAL SECUNDARIA A TUBERCULOSIS: URGENCIA ENDOCRINOLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Shamya Andrade M.¹, Diego Figueroa M.²,
Camila Venegas N.², Karla Vasquez C.²,
Alan Salgado C.², Elizabeth Caro P.³

¹Alumna de Medicina, Universidad de O'Higgins,
Rancagua, Chile.

²Interna/o de Medicina, Universidad de O'Higgins,
Rancagua, Chile.

³Médico Internista, Universidad de O'Higgins,
Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins,
Rancagua, Chile. Tutora.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Addison es una insuficiencia suprarrenal producida por destrucción de la corteza adrenal. Las principales etiologías son la adrenalitis autoinmune y la tuberculosis. Durante muchos años, la tuberculosis se ha considerado la principal causa de insuficiencia suprarrenal de tipo infeccioso. En la actualidad, la causa más frecuente es la autoinmunitaria.

Presentación del caso: Previo consentimiento informado. Paciente masculino de 83 años con antecedentes de HTA, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica e hipertrigliceridemia.

Consulta por episodio de mareos, desorientación temporo-espacial asociado a dolor torácico. ECG: similar a ECG previo. Exámenes: pH 7,23, HCO₃ 18,9, Na 138,3, K 6,3, Cl 107,5, Calcio iónico 1,6. troponinas 0,0, Glucemia 136, Creatinina 2,4, BUN 57. Sedimento de orina leucocitos >100 Hematíes 5-10 Bacterias +++ Placas de pus ++. TAC de cerebro: sin hallazgos que sugieran lesiones de carácter agudo. Se hospitaliza con diagnóstico de insuficiencia renal aguda. Se inicia antibioticoterapia empírica con ceftriaxona y se indican medidas hipokalemiantes. Evoluciona con trastorno hidroelectrolítico persistente (hiperkalemia, hipercalcemia), por lo que se indaga en ficha electrónica mayores antecedentes dentro de los que se rescata insuficiencia suprarrenal crónica secundaria a TBC. Se inicia corticoterapia sistémica a dosis de estrés, se actualiza diagnóstico. Paciente con buena respuesta, completando tratamiento, se decidió alta.

Discusión: Actualmente el 20% es de origen TB, siendo excepcionales otras causas. Durante la fase aguda de la infección de las glándulas suprarrenales puede no dar el cuadro de insuficiencia, posteriormente, se sufre un proceso de atrofia y calcificación con pérdida progresiva de la reserva hormonal, donde en la mayoría de los casos la función adrenal no se recupera.

Conclusión: Debido a que los síntomas son inespecíficos, es necesario mantener un alto índice de sospecha frente a estos casos, ya que su identificación permite entregar un tratamiento y manejo adecuado a los pacientes.

Palabras Clave: Adrenal insufficiency, Extrapulmonary tuberculosis, Diagnosis.

R-27

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN CONTEXTO DE ¿SÍNDROME HEPATORRENAL O CARDIORRENAL? A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastián Loyola O.¹, Naomi Silva P.¹,
Carolina Venegas V.¹, Sofía Sandoval S.¹,
Martín Meneses P.¹

¹Interno/a de Medicina, Universidad de Talca, Curicó, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome heparrenal es una complicación grave de los pacientes con daño hepático. Provoca una insuficiencia renal de carácter funcional, ya que, no hay daño estructural en parénquima renal, siendo potencialmente reversible. Por otro lado, en el síndrome cardiorrenal también existe un compromiso de ambos órganos, donde el deterioro va progresando de forma acelerada y retroalimentándose, lo que vuelve difícil su manejo.

Presentación del caso: Femenino de 74 años con antecedentes de Insuficiencia cardíaca NYHA IV, FEVI 38%; Enfermedad renal crónica G3, Fibrilación auricular, EPOC, Daño hepático crónico CHILD B e Hipertensión arterial consulta en urgencias del Hospital de Curicó, por cuadro de compromiso del estado general con ausencia de respuesta verbal. Exámenes de laboratorio destaca sedimento de orina y urocultivo patológico, deterioro en la función renal y también en la función hepática con marcadas elevaciones de bilirrubina, fosfatasa alcalina,

gamma glutamil transpeptidasa y a su vez marcada disminución de la albúmina. A la tomografía de tórax y abdomen destaca cardiomegalia global, derrame pleural bilateral y ascitis moderada, además de elementos sugerentes de una enfermedad renal crónica.

Discusión: Cada uno de estos síndromes tienen la complejidad de que los daños en los órganos blanco se van retroalimentando, lo cual va dificultando el manejo en estos pacientes. En este caso tenemos a una paciente en la cual están en concomitancia ambos síndromes, generando episodios recurrentes de reagudización de su enfermedad renal crónica, lo que genera un desafío a la hora de abordar el tratamiento de sus patologías de base.

Conclusión: Es importante la vigilancia estricta a través de la imagenología y/o laboratorio de la función cardíaca, hepática y renal de forma constante, ya que, estas son patologías que afectan órganos con funciones vitales en el organismo y un empeoramiento en ellos va ensombreciendo el pronóstico de los pacientes causando gran morbimortalidad.

Palabras clave: Síndrome heparrenal, Síndrome cardiorrenal, Insuficiencia renal, Insuficiencia cardíaca, Ascitis.

R-28

LINFOMA NO HODGKIN CON COMPROMISO DE NERVIOS CRANEALES COMO DEBUT DE ENFERMEDAD EN PACIENTE VIH. REPORTE DE UN CASO

Melannie Ayala A.¹, Benjamín Rousseau M.³,
Carlos Vergara B.², Carolina Chambi M.¹, María Ojeda R.¹

¹Médica Cirujana, Centro de Salud Familiar
Eugenio Petruccelli Astudillo, Arica.

²Interno de medicina, Universidad de Tarapacá, Arica.

³Estudiante de pregrado Medicina,
Universidad de Tarapacá, Arica.

RESUMEN

Introducción: El linfoma no Hodgkin (LNH) es una de las neoplasias más frecuentes en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), siendo considerada una enfermedad definitiva de SIDA. El riesgo de compromiso del sistema nervioso central es del 5-25%, mientras que de nervios craneales entre 9-12%.

Presentación del caso: Paciente masculino de 23 años sin antecedentes conocidos, consulta en Servicio de Urgencias por desviación comisura labial a izquierda y ptosis palpebral derecha, se maneja como parálisis de Bell y envía a domicilio. Reconsulta 3 semanas después por persistencia de síntomas, asociado a diplopía y aumento de volumen axilar, al interrogatorio dirigido síntomas B presentes. Del examen físico destaca compromiso de par craneal V, VI, VII y XII y adenopatías axilares, se hospitaliza para estudio. Tomografía computada (TC) de encéfalo normal. Punción lumbar normal. TC tórax, abdomen y pelvis muestra adenopatías supra e infradiafragmáticas, infiltración hepática y renal bilateral, asociado a esplenomegalia. Test de VIH positivo. Se extiende estudio con Resonancia Magnética (RM) de encéfalo “Engrosamiento dural difuso supratentorial. Múltiples lesiones focales del diploe de la calota bilateral y base de cráneo”. RM columna total “Extenso compromiso infiltrativo de la médula ósea de los cuerpos vertebrales de columna total”. Resultado de CD4 37 células/mm³, carga viral 2.950.000 copias/ml. Tras descartar coinfecciones inicia terapia antirretroviral. Biopsia excisional de adenopatía axilar compatible con LNH de alto grado estirpe B. Pendiente estudio inmunohistoquímico para inicio de quimioterapia.

Discusión-Conclusión: Un buen estudio clínico inicia con una buena anamnesis y examen físico, que esto no ocurrió con nuestro paciente hasta una segunda consulta en el servicio de urgencias, retrasando el estudio. Así mismo, destaca el retraso de consulta y diagnóstico de VIH, con debut con enfermedades definitorias de SIDA, otorgando peor pronóstico.

Palabras Clave: Linfoma, nervios craneales, SIDA.

R-29

INSUFICIENCIA CARDIACA POR CARDIOMIOPATÍA DILATADA EN UNA MUJER DE 36 AÑOS

Manuel Cáceres H.¹, Matías Santos G.¹,
Francisco Villalobos M.¹

¹Interno de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardiaca es una enfermedad que puede ser causada por un espectro de

etiologías, entre ellas la cardiomiopatía dilatada (CD), que corresponde a una disfunción sistólica estructural y funcional en ausencia de enfermedad coronaria, patología valvular o cardiopatía congénita. Tiene una prevalencia de 6 por 100.000 habitantes, es más frecuente en hombres 1.5:1 versus mujeres y la edad promedio de diagnóstico es a los 30 años. El objetivo de este reporte es presentar el estudio de una paciente con CD.

Presentación del caso: Paciente femenina 36 años hipertensa crónica, nuligesta y sin otros antecedentes que consulta en urgencias del Hospital Juan Noé Crevani por cuadro de 1 mes de evolución de ortopnea, disnea de esfuerzos, disnea paroxística nocturna, tos seca nocturna, edema de extremidades inferiores. Al examen físico hemodinámicamente estable, consciente y orientada, saturación normal, afebril, al examen físico segmentario destaca auscultación cardiaca en ritmo regular en 3 tiempos sin soplos, en campos pulmonares murmullo vesicular disminuido hacia bases con crépitos difusos, edema de extremidades inferiores con fóvea +++/+++; resto sin hallazgos anormales. En los exámenes de laboratorio de ingreso destacan todos dentro de rangos normales. Se decide ingresar para estudio etiológico con ecocardiograma: evidencia dilatación cuatricameral severa de aurículas, con insuficiencia mitral y aórtica leve, insuficiencia tricuspídea severa, hipomotilidad severa ventricular izquierda con fracción de eyección del 20%, chagas negativo, vih negativo, abuso de alcohol negativo, perfil autoinmune negativo para Lupus y vasculitis, función tiroidea normal, ecografía abdominal sin hallazgos anormales. Se decide manejar como cardiomiopatía dilatada idiopática.

Discusión: El enfrentamiento de una paciente con CD es complejo ya que es una forma de presentación poco común sobre todo por la edad de presentación y es esencial realizar una adecuada historia clínica y exámenes dirigidos para descartar patologías más graves y brindar un manejo adecuada

Palabras clave: cardiomiopatía, fracción de eyección ventricular izquierda, idiopática.

R-30

EL DIAGNÓSTICO QUE NO HAY QUE OLVIDAR: MIELOMA MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sofía Gerstmann V.¹, Tomás Soto A.¹,
Cristian Espinoza G.¹, Tabita Rojas R.¹

¹Universidad Diego Portales, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Hospital DIPRECA.

RESUMEN

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia hematológica caracterizada por acumulación de células plasmáticas clonales malignas en la médula ósea. Su causa es desconocida y corresponde a cerca de un 10% de las neoplasias hematológicas.

Presentación del caso: En este reporte se describe un caso de paciente masculino de 81 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y enfermedad renal crónica en etapa IIIa. Consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por disnea en reposo, tos con expectoración y odinofagia. El laboratorio muestra hipercalcemia, insuficiencia renal aguda sobre crónica documentada e hipergammaglobulinemia. Panel respiratorio positivo para virus respiratorio sincicial. La tomografía de tórax informa foco de neumopatía aguda del lóbulo inferior derecho, cardiomegalia global, derrame pleural bilateral mayor a izquierda y lesión osteolítica en arco anterior de la tercera costilla derecha. Por cuadro sugerente, se toman múltiples radiografías que informan lesiones en sacabocado en cráneo y electroforesis que muestra peak monoclonal de fracción gamma. Se inicia terapia de inducción con Talidomida, Ciclofosfamida, Dexametasona e Ibandronato. Evoluciona en condiciones clínicas favorables.

Discusión-conclusión: El diagnóstico de MM requiere la presencia de uno o más eventos definitorios de mieloma (EDM), además de la evidencia de un 10% o más de células plasmáticas clonales en la médula ósea o un plasmocitoma demostrado mediante biopsia. Los EDM consisten en hipercalcemia, insuficiencia renal, anemia, lesiones óseas líticas, y otros biomarcadores. Se puede presentar clínicamente con dolor óseo, fracturas patológicas e infecciones recurrentes. No existe cura para el MM, sin embargo, la quimioterapia y el trasplante autólogo de células madre (TACM) ha demostrado conseguir la remisión estable. En los pacientes que no son candidatos a TACM debido a su edad u otras comorbilidades, la quimioterapia inicial corresponde a Bortezomib, Lenalidomida y Dexametasona, seguido de una terapia de mantenimiento con Lenalidomida.

Palabras clave: Mieloma múltiple; Neoplasia; Hematología.

R-31

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS Y ANEMIA SEVERA: LECCIONES DE UN CASO CLÍNICO

Cristina Gacitúa R.¹, Esteban Luengo T.¹,
Vicente Basaure R.²

¹Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

²Médico Cirujano, Docente Universidad Católica de la Santísima Concepción.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Peutz Jeghers (SPJ), es una enfermedad autosómica dominante, caracterizada por pólipos hamartomatosos en el tracto digestivo y pigmentación puntiforme mucocutánea. Con prevalencia en Estados Unidos de 1 cada 8.300 nacidos vivos. Sus presentaciones más frecuentes son la intususcepción y hemorragias intestinales. El objetivo de este trabajo es reportar un caso de SPJ sin antecedentes familiares con presentación atípica de anemia severa.

Presentación del caso: Femenina de 18 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en urgencias por dolor abdominal difuso, urente, de larga data, asociado a disnea, astenia y adinamia. Niega episodios de sangrado respiratorio, digestivo y genitourinarios. Al examen físico ingresó taquicardia, con palidez de piel y mucosas, destacando 4 lesiones puntiformes pigmentadas en mucosa oral. El laboratorio de ingreso destacó Hb 4,4, Hto 17,9, microcítica, hipocrómica, sin otras alteraciones. Se hospitalizó para transfusión de glóbulos rojos y estudio. Se realizó endoscopía digestiva alta y baja informándose pólipos hamartomatosos en la segunda porción del duodeno, íleon distal, colon sigmoide y recto, los cuales fueron resecaados. Posteriormente, la paciente evoluciona con Hb y ferritina en rangos normales. Debido a la presencia de más de dos pólipos hamartomatosos y la pigmentación mucocutánea, se realizó el diagnóstico de SPJ a pesar de no presentar historia familiar conocida.

Discusión y conclusión: El SPJ es una enfermedad autosómica dominante poco frecuente. Se describe en la literatura que el 80-90% de los casos presentan historia familiar de SPJ, pero un 10-20% no. Es por esto la importancia de reconocer las lesiones características de este síndrome asociado a un estudio completo en búsqueda de poliposis gastrointestinal, para así realizar un seguimiento adecuado

del paciente y su familia. Esto debido a que, tienen un riesgo 15 veces mayor de malignidad gastrointestinal, además de complicaciones como invaginación intestinal que requiere de procedimientos quirúrgicos de urgencia.

Palabras clave: Síndrome Peutz-Jeghers, Anemia, Transfusión de sangre, Poliposis intestinal, Reporte de caso.

R-32

SINDROME HEMOFAGOCITICO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICOS ACTIVO GRAVE, REPORTE DE UN CASO

Constanza Contreras F.¹, Nicolás Craig G.¹, Israel Roblero L.¹, Eduardo Canteros C.¹, Gadir Hassan G.¹

¹Interno/a de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Introducción: Pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) activo pueden presentar gran heterogeneidad de manifestaciones clínicas. El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una rara complicación de las enfermedades reumáticas, potencialmente letal y sus manifestaciones pueden aparecer de manera aguda.

Presentación del caso: Paciente femenino, 23 años, antecedentes de LES con suspensión parcial de tratamiento hace 5 meses. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución de disnea, fiebre predominio nocturno, mialgias generalizadas y hace 2 semanas se agrega lesiones eritematosas maculares en rostro, tórax y ambas palmas. En urgencia se solicita laboratorio inicial que destaca anemia normocítica normocrómica, linfopenia y perfil hepático patrón colestásico. TAC abdomen-pelvis informa adenopatías mediastínicas, retroperitoneales asociado a esplenomegalia. Dado alteraciones al hemograma es evaluada por hematología quienes, frente a sospecha de síndrome de activación macrofágica, solicitan seguimiento diario. Es trasladada a unidad cuidados intermedios, al cuarto día de hospitalización inicia tratamiento con tres pulsos de metilprednisolona (500 mg/d), sin complicaciones, posteriormente evoluciona con franca mejoría.

Discusión: En el caso se presenta un LES activo grave asociado a criterios positivos para diagnóstico

de SAM, cuadro que confiere mayor complejidad al tratamiento dado la carencia de consensos en cuanto a su manejo. El tratamiento con tres pulsos de metilprednisolona (500 mg/d) resultó ser efectivo para el cuadro reportado, no se observó complicaciones asociadas a las dosis del fármaco. Se logró la remisión del SAM, mejoras continuas en los parámetros clínicos y de laboratorio.

Conclusión: Se debe tener un alto índice de sospecha para SAM frente a pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes activas, se sugiere realizar seguimiento diario para un diagnóstico precoz y tratamiento efectivo, con el fin de evitar la progresión hacia falla multiorgánica.

Palabras clave: Lupus Eritematoso sistémico, Síndrome de Activación Macrofágica, Reumatología.

R-33

PANCITOPENIA Y ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B12. UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Cristóbal Hermosilla C.¹, Paula Maturana J.¹, Andrea Cáceres H.¹, Maria Fonck L.¹

¹Interno de medicina, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: La cobalamina o vitamina B12, es esencial para la producción y regeneración del ADN. En Chile, su deficiencia afecta al 25,4% de los adultos mayores. Sus principales causas incluyen dietas deficientes, anemia perniciosa, cirugía bariátrica e infección por *H. pylori*. Se manifiesta con síntomas gastrointestinales, neurológicos y hematológicos.

Presentación del caso: Paciente de 56 años, con antecedentes de déficit cognitivo, consulta por cuadro de 2 semanas de astenia, palpitations y disnea de esfuerzo. Refiere heces de color negro, pérdida de peso no cuantificada y consumo ocasional de alcohol. En el examen físico destaca ictericia, palidez y hepatomegalia.

Exámenes evidencian anemia macrocítica (hemoglobina 6 g/dl), leucopenia, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia de predominio indirecto y LDH elevada. Se hospitaliza para estudio y manejo de anemia severa con requerimiento de transfusión, hemólisis y pancitopenia.

Endoscopia digestiva alta y colonoscopia muestran gastropatía atrófica difusa, ambos sin signos de sangrado activo.

Estudio de anemia destaca niveles de Vitamina B12 disminuidos (<100), TSH normal, sin indicadores de daño hepático crónico. En relación a hemólisis, test de coombs directo positivo y perfil reumatológico negativo.

TAC TAP evidencia hepato-esplenomegalia y mielograma confirma anemia megaloblástica, descartando neoplasia. Tras sospecha de anemia perniciosa por gastropatía atrófica, se inicia tratamiento con vitamina B12 y ácido fólico, con mejoría significativa y normalización de recuentos hematológicos.

Discusión: La anemia perniciosa es resultado del déficit de cobalamina debido a la ausencia de factor intrínseco, secundario a gastropatía atrófica. Las manifestaciones incluyen macrocitosis, leucopenia y trombocitopenia, siendo pancitopenia y hemólisis poco frecuentes (5% y 1,5% respectivamente).

En este caso, la hemólisis responde a causas intra o extramedulares por déficit de cobalamina, sumado a una asociación de anemia perniciosa y hemólisis con coombs directo positivo, sin implicar anemia hemolítica autoinmune. La presentación atípica obliga a descartar condiciones neoplásicas, reumatológicas e infecciones, para un diagnóstico y tratamiento precisos.

Palabras clave: vitamina B12, hemólisis, anemia.

R-34

PANCITOPENIA SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B12: ESTUDIO INICIAL DE PANCITOPENIA EN ADULTOS MAYORES

Nicolás Morales A.¹, Marian Avello M.¹,
Felipe Zambrano V.¹, Valeria Pérez M.¹, Luis Vera F.²

¹Interno/a de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

²Médico Cirujano, Becado de Medicina Interna, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: La pancitopenia es la presencia simultánea de anemia, trombocitopenia y leucocitopenia. Tiene múltiples etiologías que varían en frecuencia según la población estudiada. Este estudio de caso describe el enfrentamiento inicial de la pancitopenia en el adulto mayor.

Presentación del caso: Paciente de 85 años sin antecedentes conocidos consulta por caída a nivel secundaria a lipotimia. Refiere cuadro de 6 meses de evolución de baja de peso no cuantificada y compromiso del estado general. Niega fiebre, sudoración nocturna y sangrados. Al examen físico sin focalidades neurológicas ni otros hallazgos positivos. Dentro del estudio inicial se realiza un perfil hematológico con pancitopenia (hemoglobina 6,9, plaquetas 49000, leucocitos 3770).

La Tomografía Computarizada de abdomen y pelvis descarta adenopatías, masas y visceromegalias; hemograma muestra anemia macrocítica arregenerativa (volumen corpuscular medio 112, índice reticulocitario (IR) 0.92), trombocitopenia moderada (60000) y neutropenia moderada (568), frotis con dacriocitos y ovalocitos, sin descripción de granulocitos. Se solicitan niveles de vitamina B12 en 50 pg/mL, realizando el diagnóstico de pancitopenia secundaria a déficit de vitamina B12.

Se suplementa con vitamina B12 10.000 UI intramuscular por tres veces con buena respuesta medular constatada al hemograma. Se decide alta con seguimiento y estudio etiológico ambulatorio.

Discusión-Conclusión: Se muestra una pancitopenia como un hallazgo de laboratorio, y la importancia de encontrar su etiología. Este caso evidencia una pancitopenia sin hepatoesplenomegalia, sin adenopatías, con historia de síndrome consuntivo que puede hacer sospechar causa neoplásica. Sin embargo se demuestra la importancia del hemograma y el IR para guiar el enfrentamiento de esta condición, y de niveles de vitamina B12 en todo caso de anemia macrocítica arregenerativa. En conclusión, el hemograma con índice reticulocitario y frotis de sangre periférica tiene un rol fundamental en el enfrentamiento de la pancitopenia, permitiendo clasificarla en origen Central y periférico, además de evaluar la severidad del síndrome.

Palabras clave: Deficiencia de vitamina B 12, Pancitopenia, Recuento de células sanguíneas.

R-35

TEP BILATERAL MASIVO EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE UN CASO

Camila Vásquez S.¹, Bryan Barahona V.¹,
Roberto Arévalo N.¹, Antonia Avendaño S.¹

¹Estudiante medicina, Universidad Autónoma de Talca.

RESUMEN

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la obstrucción de la arteria pulmonar o sus ramas por un trombo generado en otra parte del cuerpo. Presenta una alta mortalidad, siendo responsable de hasta 300.000 muertes en Europa; con una tendencia al sexo masculino, pero cuya incidencia aumenta con la edad en mujeres. Se asocia a factores de riesgo como cirugías recientes, fracturas, malignidad activa, trombofilia, uso de anticonceptivos, entre otros. El TEP estable hemodinámicamente se clasifica según su riesgo, por lo que la inestabilidad hemodinámica definirá el TEP masivo.

Presentación del caso: Mujer de 37 años, sin patologías conocidas, usuaria de anticonceptivos combinados por 12 años, consulta en servicio de urgencias por cuadro de 2 días, caracterizado por dolor precordial opresivo, exacerbado hace pocas horas, asociado a disnea en reposo y 2 episodios de síncope en su domicilio. Ingresa inestable hemodinámicamente, se solicita electrocardiograma que muestra complejo de McGinn-White (S1Q3T3) y laboratorios con elevación discreta de parámetros inflamatorios. Se decide realizar angiografía computarizada de tórax que reportó TEP extenso de ramas principales y lobares bilaterales, por lo que es sometida a trombolisis con alteplase y hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizó estudio de trombofilia que resultó negativo.

Discusión-Conclusión: El TEP corresponde a una patología de difícil diagnóstico ya que posee una clínica inespecífica, siendo relevantes los antecedentes y el examen físico. Dentro de los factores de riesgo se logra evidenciar el uso de anticonceptivos orales, los que aumentan el riesgo de presentar enfermedad tromboembólica venosa de 2-6 veces respecto a la población no expuesta. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el riesgo absoluto entre todas las mujeres que usan anticonceptivos combinados orales sigue siendo bajo. Sumado a ello, el estudio adecuado permite lograr un manejo oportuno de una patología con alta mortalidad como es el TEP masivo.

Palabras clave: Anticoncepción, Embolismo pulmonar, Activador del plasminógeno tisular.

R-36

TVP EN CONTEXTO DE PACIENTE CON TROMBOFILIA POR DÉFICIT DE PROTEÍNA C Y PORTADOR DE FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR: REPORTE DE CASO

Daniel Méndez Ch.¹, María Muñoz C.¹, Martín Meneses P.¹, Catalina Bustamante V.¹, Francisca Hernández V.²

¹Interno Medicina, Universidad de Talca.

²Médico cirujano, Hospital base de Curicó.

RESUMEN

Introducción: La deficiencia de proteína C es un trastorno caracterizado por una reducción en la actividad de la proteína C, involucrada en la regulación de la coagulación sanguínea. Una deficiencia de proteína C se caracteriza por la formación excesiva de coágulos sanguíneos. El presente estudio de caso analiza la evaluación, diagnóstico y tratamiento de TVP en pacientes con trombofilia por déficit de proteína C.

Presentación del caso: Paciente de 24 años con antecedentes de HTA, Trombofilia por déficit de proteína C y usuario de filtro de vena cava inferior consulta en urgencia por un cuadro de 4 días de evolución caracterizado por dolor y limitación funcional de extremidad inferior derecha. Al examen físico destaca un aumento de volumen franco de EID sugerente de TVP. Se decide realizar una ecografía doppler en la extremidad afectada donde se confirma el diagnóstico de TVP de territorio iliofemoral y femoropoplíteo. Se inicia manejo con Rivaroxabán 15 mg cada 12 horas por 21 días, continuando 20 mg al día por 2 meses.

Discusión: El caso busca indagar sobre la necesidad de terapia anticoagulante en pacientes que estén cursando una TVP y sean portadores de filtro de vena cava inferior. Bajo esta disyuntiva se podría dar un posible beneficio sinérgico en el uso de ambas estrategias terapéuticas para la prevención de TEP, sobre todo en pacientes con perfil clínico de riesgo como lo sería una trombofilia primaria.

Conclusión: En conclusión, este caso enfatiza la importancia del abordaje terapéutico de la TVP y prevención de TEP, a través de distintas estrategias, considerando la edad, comorbilidades y estado clínico del paciente. Es importante el manejo interdisciplinario con distintos especialistas de modo que se llegue a

un consenso en el manejo de estos pacientes que disminuya la morbimortalidad asociada al TEP.

Palabras claves: Trombofilia, Trombosis venosa, Deficiencia Proteína C.

R-37

IMPACTO DE FACTORES GENÉTICOS Y TERAPIAS HORMONALES EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Catalina Anelli L.¹, Constanza Vásquez C.¹,
María Abrigo G.¹, Catalina Petric P.¹, Alonso Gatica P.¹,
Fernanda Jimenez²

¹Interno de Medicina, Universidad Mayor, Santiago de Chile.

²Neuróloga, Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago de Chile.

RESUMEN

Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) es una entidad poco común caracterizada por la oclusión del sistema venoso cerebral que se manifiesta de manera diversa en cuanto a la sintomatología. Diversos factores de riesgo como el uso de terapia hormonal o la alteración en el gen de la protrombina, específicamente la variante G20210A, han sido identificados como elementos que aumentan el riesgo para padecer esta enfermedad.

Presentación del caso: Una paciente femenina de 14 años, sin antecedentes mórbidos, inició terapia con anticonceptivos orales (ACO) para tratar dismenorrea y ciclos menstruales irregulares. Evolucionó con cefalea holocranea asociado a náuseas, por lo que consultó en atención primaria donde se le indicó tratamiento sintomático. A pesar de lo indicado, la cefalea progresó y se agregó un episodio de crisis convulsiva focal tónico clónica en la extremidad superior izquierda, la que se generalizó y cedió con lorazepam 4 mg administrada en el servicio de urgencias. En las neuroimágenes se evidenció trombosis venosa cerebral complicada, la que se manejó con Dalteparina y se trasladó al instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo (INCA) para someterse a un manejo endovascular. Evaluada por hematología, les impresionó que era altamente probable que la paciente fuera portadora de una trombofilia primaria que se exacerbó por el uso de ACO, por lo que se inició anticoagulación a permanencia. Posteriormente, en estudio ambulatorio se evidenció variante patogénica en gen de la protrombina (G20210A).

Discusión-Conclusión: En conclusión, una paciente joven que se presente con una cefalea con focalidad neurológica, obliga a descartar patologías como la TVC a pesar de su poca frecuencia, ya que asociado a factores genéticos, como una trombofilia, y el uso de anticonceptivos orales puede llevar a complicaciones graves y tener un gran impacto en la calidad de vida de la paciente

Palabras claves: Trombosis venosa cerebral, Terapia hormonal, Anticonceptivos orales, Mutación del gen de la protrombina.

R-38

FLEGMASIA CERÚLEA DOLENS: REPORTE DE UN CASO

Nicolás González P.¹, Julio Contreras M.²,
Emma Manríquez C.², Paz Uribe C.³

¹Interno de Medicina, Universidad Diego Portales,
Hospital Clínico UC.

²Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile,
Hospital Clínico UC.

³Médica Cirujana, Servicio de Medicina Intensiva,
Hospital Clínico UC.

RESUMEN

Introducción: Flegmasia cerúlea dolens (FCD) es un caso extremo de trombosis venosa profunda (TVP) que posee un riesgo de amputación entre 20-50%. El mayor factor predisponente es el cáncer con un 20-40% de los casos.

Presentación del caso: Mujer de 45 años presenta antecedente de cáncer gástrico con metástasis peritoneal, hospitalización reciente por lesión antral estenosante resuelta con prótesis y retiro de catéter venoso central femoral derecho. Consulta por 2 días con aumento de volumen doloroso en extremidad inferior derecha. Clínica: Ingresa hemodinámicamente estable, edema en muslo y pierna derecha, cianosis en muslo, pulsos periféricos presentes, palidez y frialdad hacia distal. Diagnóstico: Ecografía doppler de extremidad inferior derecha muestra TVP fémoro poplítea con extensión a vena cava inferior, asociado a trombosis superficial de la vena safena externa ipsilateral. Tratamiento: Se hospitaliza en unidad intermedia, donde se inicia heparina no fraccionada, mientras se espera evaluación por cirugía vascular. A las 24 horas se realiza trombolectomía mecánica ilio-femoral derecha, angioplastia con stent iliaco

bilateral y se mantiene con dalteparina. Seguimiento y resultados: Evolucionan favorablemente con disminución del dolor y edema, por lo que se decide traslape a apixaban y alta médica.

Discusión-conclusión: La FCD es un cuadro clínico inhabitual de TVP, pero con alto nivel de complicaciones, por lo que se recomienda un bajo umbral de sospecha para un tratamiento oportuno. En este caso la paciente presentaba factores de riesgo: neoplasia activa, hospitalización reciente, lesión endotelial. El tratamiento debe considerar soporte hemodinámico, asegurar circulación y evitar complicaciones. Existe discusión sobre la primera línea terapéutica, la heparina en monoterapia suele ser insuficiente. La trombectomía o trombolisis dirigida por catéter son los métodos más empleados. En este caso la paciente respondió favorablemente a la terapia invasiva asociada a anticoagulación, pero aún no existe consenso ni estandarización del manejo.

Palabras clave: Thrombosis, Thrombectomy, Anticoagulants.

R-39

PSEUDOANEURISMA CAROTÍDEO COMO COMPLICACIÓN DE DISECCIÓN ARTERIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

María José Vergara G.¹, Chloé Jacomet G.¹, Carolina Verdugo C.¹, Tomás Toledo G.¹, Felipe Núñez A.²

¹Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

²Médico Cirujano, Residente de Neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: La disección de arterias cervicales (DAC) es una causa frecuente de ictus y discapacidad en el adulto joven, dando cuenta de aproximadamente un 25% de los accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos en este grupo, siendo el compromiso carotídeo dos veces más frecuente que el vertebral. La formación del pseudoaneurisma o aneurisma disecante ocurre en un 15-20% de estos casos, los que en general tienden a tener una buena evolución clínica, y con bajo riesgo tromboembólico y de rotura si se realiza un tratamiento adecuado.

Presentación del caso: Mujer de 22 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por historia de tinnitus

pulsátil en oído derecho durante el último año y hallazgo de soplo carotídeo derecho a la auscultación. Se realiza angiotomografía computarizada (angioTC) de cuello que informa “disección de arteria carótida interna cervical derecha con aneurisma disecante y moderada estenosis”. En contexto de disección asintomática, se indica manejo con antiagregación plaquetaria (AAP) como profilaxis y seguimiento imagenológico. Paciente persiste asintomática, angioTC de control informa “tercio medio de carótida interna cervical derecha con dos pequeños pseudoaneurismas, superior de pared medial (3,3 x 1,6 mm) e inferior de pared anterior (2,2 x 1,8 mm).”

Discusión-Conclusión: La formación de pseudoaneurismas es una complicación relativamente frecuente de las DAC, y que podría conllevar a un mayor riesgo de embolización. Estudios recientes han mostrado que estos pueden tener un curso benigno cuando se ubican en la arteria carótida interna extracraneana y son pequeños, con bajo riesgo de rotura y tromboembolismo al ser tratados con AAP, sin embargo aún el manejo es discutido y debe ser individualizado, pudiendo variar desde el uso de tratamiento con AAP o anticoagulación, hasta la instalación de stent o cirugía en casos seleccionados. En el caso presentado, se decidió continuar con AAP y seguimiento imagenológico.

Palabras clave: aneurisma falso, disección de la arteria carótida interna, accidente cerebrovascular.

R-40

DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE TAKAYASU, A PROPÓSITO DE UN CASO

Valeria Estrada F.¹, Trinidad Bravo A.¹, Natalia Vélez M.¹

¹Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Introducción: La arteritis de Takayasu (TA) es una vasculitis granulomatosa caracterizada por oclusión y estenosis de la aorta y sus ramas principales. La incidencia mundial es de 1-2 por millón de habitantes, y se presenta con clínica inespecífica según el nivel de compromiso vascular, siendo generalmente insidiosa hasta presentar síntomas de isquemia. El diagnóstico definitivo es con estudio histopatológico, sin embargo, además de la clínica e imagenología, se utilizan los Criterios Diagnósticos de Ishikawa y

los Criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR).

Presentación del caso: Mujer de 34 años consulta por 4 días de dolor sordo intenso en hipocondrio izquierdo asociado a náuseas y vómitos. TC abdomen y pelvis evidencia engrosamiento parietal concéntrico aórtico, de arteria mesentérica superior e inferior, arterias ilíacas comunes, internas y externas proximales, y alteración perfusional de la glándula suprarrenal izquierda. Dentro del estudio se descartan otras etiologías de aortitis, destaca VHS elevada y PET CT sin actividad metabólica en vasos comprometidos.

Discusión: La dificultad del diagnóstico está dado por ausencia de pruebas de laboratorio, biomarcadores o autoanticuerpos específicos y la imposibilidad de realizar biopsia arterial para diagnóstico definitivo. Los criterios diagnósticos actuales son objeto de debate principalmente por restricción etaria y disminución de su sensibilidad según el nivel de compromiso vascular, tal como ocurre con el caso de esta paciente, sin embargo aún no existe una actualización oficial de los criterios aceptada y validada en la práctica clínica.

Conclusión: El diagnóstico de la TA es un desafío clínico que requiere un alto índice de sospecha frente a síntomas y signos inespecíficos. Los criterios diagnósticos actuales presentan limitaciones importantes a tener en cuenta por disminución de la sensibilidad y especificidad según presentación clínica. Dado lo anterior, es necesario hacer una actualización de los criterios diagnósticos de acuerdo a estudios y a las diferentes presentaciones clínicas reportadas.

Palabras clave: Aortitis, Takayasu Arteritis, Vasculitis.

R-41

ARTERITIS DE TAKAYASU, A PROPÓSITO DE UN CASO

Maximiliano Lagunas P.¹, Miguel Calderón C.²,
Fernando Lohse G.¹, Karina Gallardo A.¹, Paulina Tamayo B.¹

¹Interno de Medicina, Universidad de Chile.

²Interno de Medicina, Universidad de los Andes.

RESUMEN

Introducción: La Arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria de arterias de mediano y grueso calibre, que de manera predilecta afecta a la aorta y sus ramas. Presenta infiltrados inflamatorios que

producen fibrosis y degeneración vascular, lo que conlleva a la disminución del flujo sanguíneo en diferentes órganos, compatible con síntomas sistémicos (malestar general, fiebre, diaforesis, pérdida de peso) y clínica asociada al daño vascular (claudicación, soplos, insuficiencia cardíaca, hipertensión, entre otros). El diagnóstico es clínico-imagenológico, y el pronóstico es favorable con un tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Mujer de 17 años, sin antecedentes mórbidos, puérpera de parto prematuro, en postoperatorio se evidencia en estudio electrocardiográfico signos de hipertrofia ventricular, con onda T sugerente de sobrecarga, al examen físico se pesquiza soplo en mesocardio y en ambas carótidas, choque de la punta desplazado, masa pulsátil epigástrica, pulso braquial y radial ausente bilateral. Estudio de laboratorio destaca anemia, trombocitosis y elevación de VHS. Ecocardiograma informa insuficiencia aórtica severa, dilatación de aorta ascendente, coartación de aorta descendente y función ventricular disminuida. Además, estudio con angiogramografía evidencia engrosamiento de aorta abdominal, concordante con arteritis de Takayasu tipo 5. Ante cuadro sugerente se decide inicio de corticoterapia y metotrexato semanal.

Discusión-conclusión: Al ser una enfermedad poco frecuente, el diagnóstico y manejo de esta patología sigue siendo un desafío. Se han propuesto criterios tanto clínicos como imagenológicos que logran clasificar una vasculitis específicamente en arteritis de Takayasu, siendo el tratamiento de primera línea los glucocorticoides, asociado a antirreumáticos modificadores de enfermedad (DMARD) tal como el metotrexato.

Palabras clave: Vasculitis, Aortitis, Arteritis de Takayasu.

R-42

HERNIA PARACOLOSTÓMICA EN PACIENTE DE 61 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Tamara Catacora V.¹, Tamara Contreras A.¹,
Mariana Guerrero V.¹, Carlos Hidalgo G.²

¹Interna Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.

²Cirujano General, Hospital Doctor Juan Noé Crevani, Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: La hernia paracolostómica es una patología frecuente en pacientes portadores de ostomías y representa un gran desafío para el equipo

de cirugía debido al alto porcentaje de recidivas que presenta a pesar de las distintas técnicas quirúrgicas que se presentan para la reparación de este defecto

Presentación del caso: Masculino de 61 años con antecedentes de cáncer de recto e ileostomía de protección, acude a urgencias por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por no presentar evacuaciones en zona de ostomía y acompañado de dolor abdominal EVA 8/10, al examen físico hemodinámicamente estable, se palpa abdomen distendido y timpánico a la percusión, se solicita tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que evidencia signos de obstrucción intestinal con cambios de calibre en ileostomía, exámenes de laboratorio destaca PCR en 89.7, se decide ingresar a paciente para intervención quirúrgica con diagnóstico de hernia paracolostómica. Se ingresa a paciente a pabellón donde se realiza reducción de defecto herniario con liberación de ostomía y reconstitución de tránsito con anastomosis mecánica latero lateral, paciente evoluciona posteriormente de forma favorable hasta segundo día postoperatorio donde presenta evisceración en zona de herida quirúrgica nuevamente se ingresa a pabellón con sutura de aponeurosis dehiscente en toda su extensión. Posterior a pabellón paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin alteraciones físicas fuera de lo esperado al procedimiento quirúrgico.

Discusión: La hernia paracolostómica posee una incidencia de un 5 a 50%, se suelen presentar de forma asintomática por lo que su diagnóstico suele realizarse con un cuadro compatible de obstrucción intestinal.

Conclusión: La hernia paracolostómica es una complicación frecuente en pacientes con ostomías por lo que el diagnóstico precoz y la técnica quirúrgica utilizada en la reparación del defecto interferirá a su vez en el pronóstico y recidivas del post operatorio del paciente.

Palabras clave: Hernia, colostomía, anastomosis.

R-43

VÓLVULO DE SIGMOIDES COMO PRESENTACIÓN DE MEGACOLON POR INERCIA COLÓNICA: REPORTE DE UN CASO

Catalina Contreras V.¹, Gonzalo Díaz B.¹,
María Phillips B.¹, Naitza Valdivia U.¹, Sebastián Cid H.²

¹Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso - Casa Central, Valparaíso, Chile.

²Residente de Cirugía, Universidad de Valparaíso, Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

RESUMEN

Introducción: La inercia colónica es la disminución de contracciones colónicas con aumento del tiempo de permanencia de residuos en el intestino grueso, puede complicarse con un vólvulo colónico que es la rotación del colon sobre su eje, pudiendo causar una obstrucción intestinal, esto ocurre principalmente en adultos mayores. El vólvulo sigmoideo, es más frecuente en hombres. Factores de riesgo son la constipación crónica, enfermedad de Chagas, etcétera.

Presentación del caso: Paciente femenina, 44 años, sin antecedentes, consulta en urgencias por distensión abdominal asociado a deposiciones líquidas intermitentes (2-3 días) durante un mes, previamente sin deposiciones por 3 semanas. Al ingreso presenta náuseas, abdomen distendido, blando, timpánico, con ruidos hidroaéreos disminuidos.

En tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis sin contraste destaca sobredistensión patológica de colon sigmoide secundaria a vólvulo. Se realiza desvolvulación colonoscópica con posterior recidiva, realizándose laparotomía exploradora que evidencia vólvulo de sigmoides y megacolon, se decide realizar colectomía total con anastomosis ileorectal. Posteriormente, presenta anemia moderada aguda, se reinterviene, evidenciándose hemoperitoneo con foco de sangrado en lecho de colectomía izquierda, lográndose controlar hemorragia. Evoluciona con drenaje con contenido intestinal y aumento de parámetros inflamatorios por lo que reingresa a pabellón observándose dehiscencia de anastomosis ileorectal, se repara y se realiza ileostomía en asa de protección.

Durante hospitalización se solicita estudio de inercia colónica con serología de Chagas: resultados negativos. Paciente evoluciona favorablemente logrando el alta.

Discusión-Conclusión: El vólvulo sigmoideo es infrecuente en mujeres jóvenes, por lo que ante signos de obstrucción intestinal en ellas, se puede pasar por alto esta patología, pudiendo comprometer la vida. Es importante estudiar la etiología de la inercia colónica complicada con vólvulos, dado que existe evidencia que podría corresponder a una enfermedad de Chagas, de Hirschsprung u otras, siendo importante diagnosticarlas para tratarlas.

Palabras clave: Reporte de caso, Megacolon, Colectomía, Vólvulo intestinal.

R-44

COLANGIOCARCINOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABSCESO COLANGÍTICO EN PACIENTE CON CUADROS DE COLANGITIS A REPETICIÓN

Aileen Filsecker B.¹, Pailla, Gática J.¹, Catalina Espinoza F.¹, Tomás Delgado V.¹, Felipe Goren M.²

¹Interno Medicina, Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae, Servicio de Salud Metropolitano Central, Hospital El Carmen de Maipú.

²Becado Cirugía General, Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae, Servicio de Salud Metropolitano Central, Hospital El Carmen de Maipú.

RESUMEN

Introducción: El colangiocarcinoma comprende un grupo heterogéneo de cánceres epiteliales de la vía biliar. Los principales factores de riesgo descritos se asocian a procesos inflamatorios crónicos de la vía biliar como colangitis a repetición. En general es asintomático, en casos de masas de gran tamaño, lo más frecuente es que se presente como síndrome icterico. Su diagnóstico suele ser incidental y en etapas avanzadas, por esto la gran importancia de mantener un alto índice de sospecha.

Presentación del caso: Se presenta caso ocurrido en Hospital El Carmen de Maipú. Paciente masculino de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad pulmonar crónica secundario a tabaquismo. Presenta historia de colangitis aguda a repetición, requiriendo múltiples hospitalizaciones. En 2021 cursa con dos cuadros de colangitis aguda. En ambos casos se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con extracción de cálculos e instalación de endoprótesis.

Julio 2023 ingresa nuevamente por colangitis aguda. TAC de abdomen y pelvis (TCAYP) muestra vía biliar dilatada más lesión sugerente de absceso colangítico. Tercera ERCP con extracción de cálculos y recambio de prótesis. Se inicia antibioterapia para manejo de absceso. Al control imagenológico con TCAYP se evidencia lesión tumoral compatible con adenocarcinoma versus absceso colangitis, por lo que se mantiene hospitalizado para antibioterapia endovenosa. TCAYP de control informa sin cambios

significativos. Se decide alta para continuar manejo y estudio con resonancia de abdomen y pelvis (RNM AYP) ambulatorio.

Septiembre 2023 ingresa con diagnóstico de colangitis aguda, al estudio imagenológico persiste masa hepática evidenciada antes. Mediante radiología intervencional se programa punción resultando frustrada. Se completa estudio con RNM AYP) que informa colangiocarcinoma.

Discusión: La coledocolitiasis a repetición genera inflamación crónica, factor de riesgo para el desarrollo de colangiocarcinoma. Por esto la importancia de mantener un alto índice de sospecha de causas malignas frente a la aparición de colangitis recurrente

Palabras clave: Cholangitis, Cholangiocarcinoma, choledocholithiasis.

R-45

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DE CPRE: REPORTE DE UN CASO

Felipe García F.¹, Daniela Parra E.¹, Emily Osse M.²

¹Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.

²Cirujana General, Departamento de Cirugía Hospital Félix Bulnes Cerda. Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: Las complicaciones post Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) son infrecuentes, reportándose en menos del 5% de los casos, siendo algunas de ellas potencialmente mortales. Los hematomas subcapsulares corresponden a una complicación rara, pero grave con mortalidad reportada alrededor del 4%. El abordaje de esta complicación lo determina la clínica del paciente, recomendando abordaje conservador y antibióticos en casos hemodinámicamente estables, sin evidencia de sepsis, y manejo quirúrgico de urgencia en casos con compromiso hemodinámico y/o shock séptico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 48 años, con antecedente de colecistitis aguda y coledocolitiasis, a quien se realizó colecistectomía laparoscópica y posterior instalación de 2 prótesis biliares por coledocolitiasis. Se realiza Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica programada a los 3 meses, siendo dada de alta al segundo día. Reingresa a los 3 días por dolor abdominal en cuadrante superior derecho irradiado a dorso. Se realiza Tomografía

axial computada de abdomen y pelvis, evidenciando extenso hematoma subcapsular hepático derecho de 20x11 cm, por lo que es ingresada a Unidad de paciente crítico, siendo manejada de manera expectante. Evoluciona con elevación de parámetros inflamatorios y compromiso del estado general, por lo que se decide manejo quirúrgico. Debido a sospecha de reacción adversa a transfusión sanguínea, se suspende pabellón electivo. La paciente evoluciona tópidamente, con shock séptico, es ingresada a cirugía de urgencia, en donde se realiza laparotomía exploradora, evidenciándose gran hematoma subcapsular hepático sobreinfectado. La paciente fallece en pabellón.

Discusión-conclusion: El hematoma hepático subcapsular es una complicación rara, pero muy grave con resultados potencialmente letales, por lo que frente a su sospecha diagnóstica debe confirmarse mediante imagenología, hospitalizar al paciente y realizar un estrecho seguimiento clínico y de laboratorio, decidiendo el mejor tratamiento médico/quirúrgico caso a caso según los recursos locales de cada centro hospitalario.

Palabras clave: Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica, hematoma, complicación, sepsis.

R-46

MIXOMA AURICULAR EN PACIENTE DE 47 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Tamara Contreras A.¹, Sofia Carillo M.²,
Mirko Sepúlveda N.¹, Francisco González Jiménez³

¹Interno Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.

²Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco-Chile.

³Médico Cirujano, Hospital Doctor Juan Noé Crevani, Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: Los tumores cardíacos son en su mayoría de origen primario, el 75% corresponden a neoplasias benignas y más del 50% corresponden a mixomas cardíacos (MC). Su presentación más frecuente es en aurícula izquierda (AI). Un 90% se encuentra en forma aislada y un 1-3% tiene un componente hereditario.

Presentación del caso: Femenina de 47 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por tos seca, ortopnea y edema en extremidades inferiores de

predominio derecho. Al ingreso hemodinámicamente estable, examen físico sin alteraciones, se realiza ecografía-doppler de extremidad inferior derecha negativa para trombosis venosa profunda. En exámenes de laboratorio, destaca Dímero-D > 4.000, se solicita angiografía por tomografía computarizada de tórax, revelando extensa trombosis intracavitaria de la AI y parcialmente ventricular izquierda, sin signos de tromboembolismo. Se solicita ecocardiograma con resultado AI con tumor de 6,2 cm x 3,5 cm² pediculado, móvil, compatible con MC. Se deriva a centro de referencia para cardiocirugía, se realiza esternotomía mediana longitudinal, canulación para circulación extracorpórea, atriotomía derecha, pinzamiento aórtico y parada anóxica con cardioplejía hemática isotérmica, apertura del septum interauricular y extensión al techo de la AI, donde se logra extracción de tumor. Intervención sin incidentes y evolución favorable en controles postoperatorios. Previo a traslado, se solicita consentimiento informado.

Discusión: El MC es una patología de baja frecuencia a nivel nacional, por lo anterior hubo la necesidad de derivar a la paciente a un centro de mayor complejidad debido a la falta de recursos para el manejo definitivo de esta patología.

Conclusión: Los MC se presentan con sintomatología inespecífica por lo que realizar su diagnóstico suele ser dificultoso para el tratante y la escisión quirúrgica ofrece al paciente excelentes resultados tanto a largo como corto plazo, teniendo en la mayoría de los casos una baja complicaciones post operatorias.

Palabras clave: Mixoma auricular, tumores cardíacos, cardiocirugía.

R-47

DE LA CANCHA DE FÚTBOL AL PABELLÓN. ESPLENECTOMÍA EN ADOLESCENTE: REPORTE DE UN CASO

Álvaro Poffalt D.¹, Natalia Espinoza A.¹,
Paulina Figueroa R.¹, Marina Gaete M.¹, Diego Ramírez C.²

¹Interno de Medicina,
Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

²Becado de Cirugía, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: El bazo es el órgano que se lesiona con mayor frecuencia en el trauma abdominal cerrado.

Clínicamente se manifiesta con dolor en hipocondrio izquierdo. El examen de elección para el diagnóstico es el TAC de abdomen y pelvis con contraste. Debido a su función inmunológica el manejo conservador es de elección, sin embargo frente a una hemorragia que compromete la vida del paciente se debe recurrir a la esplenectomía.

Presentación del caso: Paciente masculino, 16 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por dolor intenso en hemiabdomen producto de golpe recibido durante entrenamiento deportivo. Examen físico: escalonamiento en la 8va y 9na costilla izquierda. Evoluciona con hipotensión PA 92/58 mmhg, FC 90 lpm. ECO FAST: líquido libre en retroperitoneo. TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste: lesión esplénica y hemoperitoneo. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia hemoperitoneo de 2300 ml y laceración de 3 cm en polo superior de bazo, cercana a hilio esplénico con sangrado activo por lo que se realiza esplenectomía. Ingresa a UTI donde evoluciona con caída de hemoglobina a 6.3 mg/dL, por lo que se transfunde 1 unidad de glóbulos rojos con buena respuesta. Se traslada a sala en donde evoluciona favorablemente por lo que se decide alta a domicilio con aspirina y régimen de antibióticos por 10 días.

Discusión-conclusion: El bazo es el principal órgano linfoide del cuerpo. Su extirpación conlleva un déficit inmunitario que predispone al paciente a infecciones por microorganismos encapsulados. La complicación más temida de la esplenectomía es la sepsis fulminante, que tiene una tasa de mortalidad cercana al 70%. Con el fin de disminuir el riesgo infeccioso, se da profilaxis antibiótica y vacunas contra encapsulados, las cuales se indican al paciente previo al alta.

Palabras clave: Esplenectomía, Hemoperitoneo, Abdomen Agudo.

R-48

LÍQUIDO LIBRE PERITONEAL NO HEMORRÁGICO EN CONTEXTO DE TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

Felipe Miranda P.¹, Ricardo Urzúa L.¹, Rosario Valdebenito A.¹, Braulio Pérez D.¹, Fernanda Cornejo C.¹

¹Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: Traumatismos abdominales cerrados constituyen una causa frecuente de consulta en el servicio de urgencias, pudiendo producirse por un aumento de la presión intraabdominal, aplastamiento del tejido contra otros órganos extrabdominales, lesiones por cizallamiento en relación a las inserciones del peritoneo o lesiones de otro origen como fracturas costales.

Presentación del caso: Mujer de 28 años, antecedente de tumor anexial derecho en estudio. Llevada a servicio de urgencias tras trauma de alta energía secundario a colisión de automóviles como copiloto, usuaria de cinturón de seguridad. Se realiza enfrentamiento inicial del trauma, destaca taquicárdica, normotensa, GCS 15, desorientada, somnolienta. Deformidad en brazo izquierdo. Signos de irritación peritoneal presentes. Scanner de tórax, abdomen y pelvis con contraste destaca neumotórax laminar derecho, contusión pulmonar bilateral, fractura del aspecto posterior de primera costilla, líquido libre intraabdominal moderado y lesión masiforme en región anexial derecha. Radiografía de brazo izquierdo con fractura tercio medio humeral desplazada. Se decide laparoscopia exploratoria, en la que se encuentra masa anexial derecha de aproximadamente 15 centímetros, de superficie lisa, sin solución de continuidad y se extraen 1100 cc de líquido amarillento. Sin evidencia de sangre en cavidad peritoneal.

Discusión: Según algoritmos propuestos, ante un paciente hemodinámicamente estable, con trauma abdominal cerrado, signos de irritación peritoneal y evidencia imagenológica de líquido libre, se recomienda realizar una laparotomía exploradora para evidenciar y reparar el sitio de sangrado. La decisión quirúrgica, en el caso expuesto, se justifica por la sospecha de hemoperitoneo sin origen claro de sangrado, pero con hemodinamia estable, cambiando la conducta a una cirugía menos invasiva. El caso clínico presentado, supone un desafío en cuanto al algoritmo diagnóstico del trauma abdominal, y requiere del juicio clínico para alcanzar el mayor beneficio del paciente.

Palabras Claves: Líquido peritoneal, trauma, laparoscopia.

R-49

INFARTO OMENTAL UNA POSIBILIDAD DIAGNÓSTICA DE ABDOMEN AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marcelo Espinoza P.¹, Ignacio Figueroa L.¹,
Diego Rogel M.¹, Claudio Carrasco S.²,
Esteban Chávez R.³

¹Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello,
Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

²Interno de Medicina, Universidad San Sebastián,
Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

³Becado de Cirugía General, Universidad de Concepción,
Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

RESUMEN

Introducción: El infarto omental condición poco frecuente de dolor abdominal agudo resultado de una obstrucción vascular que conduce a la isquemia del segmento omental. Dada su poca frecuencia es un diagnóstico de exclusión de abdomen agudo.

Presentación del caso: Paciente femenino de 56 años sin antecedentes médicos consultó en reiteradas ocasiones en urgencias del hospital de los Ángeles por dolor abdominal súbito. Al examen físico presentaba dolor en el hemiabdomen derecho, sin signos de irritación peritoneal y exámenes de laboratorio con parámetros inflamatorios elevados, siendo diagnosticada con una colecistitis aguda.

Dado la sospecha diagnóstica del ingreso se solicitó ecografía abdominal. En la cual se evidencia vesícula biliar de paredes finas y sin signos inflamatorios. También se solicita una tomografía computarizada (TC) de abdomen compatible con una coledocistitis. Se decidió ingresar a pabellón para colecistectomía ambulatoria por cólico biliar refractario. Al ingresar a la cavidad abdominal se encuentra una masa inflamatoria entre asas de intestino delgado en flanco e hipocondrio derecho, compatibles con un infarto omental producto de una torsión del omento mayor. Se realizó adherenciólisis de infarto omental más hidrodissección, se liga y se extrae.

Discusión: El infarto omental, presenta síntomas similares a otras afecciones, complicando su diagnóstico. Los avances en imágenes por TC han mejorado su detección, permitiendo así un manejo conservador con analgésicos y antiinflamatorios como opción principal. En este caso se pudo observar que la patología sólo fue posible diagnosticarla en el intraoperatorio, dado la infrecuencia de esta en el centro hospitalario.

Conclusión: El caso clínico nos otorga un nuevo diagnóstico diferencial a pensar aun cuando es poco frecuente. La baja incidencia y la presentación inespecífica contribuyen a que sea diagnosticada como

apendicitis, colecistitis, pancreatitis, entre otras patologías abdominales.

Palabras clave: Abdomen agudo, Omento, Infarto.

R-50

CUANDO EL TIEMPO ES INTESTINO, UN DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO SUBESTIMADO EN PERSONAS JÓVENES CON FACTORES DE RIESGO

Bastian Muñoz S.¹, Thomas Pérez C.¹,
Marco San Martín M.¹, Cristina Durán R.¹

¹Internos de Medicina, Universidad de Concepción.

RESUMEN

Introducción: Dentro de la definición de Abdomen Agudo (AA) encontramos diversas patologías, siendo varias de estas potencialmente mortales sin una intervención quirúrgica de urgencia. Es en este contexto que encontramos el Accidente Vascular Mesentérico (AVM), el cual se define como un trastorno agudo de la circulación intestinal, cuya consecuencia, de no ser tratado, es la Isquemia intestinal. ¿Pero qué nos permite sospecharla a tiempo?

Presentación del caso: Mujer de 34 años con antecedentes de consumo perjudicial de Pasta Base, consultó en Servicio de Urgencias por dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo de inicio súbito, se realizó TAC de abdomen y pelvis que informó Trombo Oclusivo en tercio medio de Arteria Mesentérica superior, asociado a signos de isquemia transmural en zonas de yeyuno e íleon. Se realizó trombectomía que resultó frustra, por lo que requirió resección intestinal de 90 cm. Presentó mala evolución clínica, requiriendo resecciones de segmentos adicionales, con un consecuente Síndrome de Intestino corto.

Discusión-conclusión: Los principales factores de riesgo para AVM suelen estar asociados a enfermedades que predominan en edades más avanzadas, como la enfermedad Ateroesclerótica o la Fibrilación Auricular. Sin embargo, también se ha asociado al consumo de cocaína y sus derivados, por lo que rescatar este antecedente nos permitiría considerar de forma activa este diagnóstico diferencial de AA en pacientes jóvenes.

Palabras clave: Isquemia Mesentérica, Abdomen Agudo, Cocaína.

R-51

TRAUMA ABDOMINAL POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO CON LESIÓN HEPÁTICA

Mariana Guerrero V.¹, Tamara Catacora V.¹,
Tamara Contreras A.¹, Carlos Hidalgo G.²

¹Interna Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.

²Cirujano General, Hospital Doctor Juan Noé Crevani, Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: Anatómicamente el hígado es uno de los órganos abdominales con mayor frecuencia a sufrir lesiones por traumas abiertos o cerrados. Frente a lo anterior el cirujano se ve obligado a una rápida toma de decisiones como medida terapéutica frente a esta patología, siendo el empaquetamiento hepático una de las principales.

Presentación del caso: Masculino de 38 años sin antecedentes previos, acude a urgencias por impacto balístico en zona de epigastrio y trayecto de salida en zona lateral a hipocondrio derecho, ingresa hemodinámicamente inestable por lo que es ingresado rápidamente a pabellón para intervención. Se realiza laparotomía exploradora, se constata hemoperitoneo, realizando packing en 4 cuadrantes, al realizar retiro se evidencia lesión en cara superior de hígado que compromete 4 segmentos, se realiza maniobra de Pringle, hemostasia y se conserva packing hepático, se deja drenaje tipo Penrose y manejo de abdomen tipo bolsa de Bogotá, paciente es trasladado a unidad de cuidados intensivos por inestabilidad hemodinámica, se realiza limpieza y cierre de cavidad a los 2 días conservando drenaje, a los 8 días postoperatorios se requiere nuevo ingreso a pabellón por desarrollo de fistula biliar intrahepática con bilio peritoneo, realizando colecistectomía e instalación de sonda T, manteniendo hospitalizaciones en UCI hasta mejora de hemodinamia pasando a cuidados intermedios y actualmente en hospitalización en sala cirujía.

Discusión: El trauma hepático penetrante es una lesión altamente frecuente por lo que su manejo requerirá de una alta expertiz y conocimiento por parte del cirujano tratante.

Conclusión: El manejo del trauma abdominal penetrante asociado a inestabilidad hemodinámica requerirá rápidamente de una intervención quirúrgica en busca del foco de lesión, que a su vez en conjunto a las distintas técnicas e intervenciones realizadas en

estos minutos de riesgo vital tendrán repercusión en el pronóstico y complicaciones del postoperatorio.

Palabras Clave: Laparotomía, colecistectomía, hemostasia.

R-52

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS MEDIASTÍNICO, UN CASO CLÍNICO INFRECUENTE

Antonia Avendaño S.¹, Camila Vásquez S.¹,
María Soto Á.¹, Bryan Barahona V.¹

¹Interno/a de Medicina, Universidad Autónoma de Chile.

RESUMEN

Introducción: Los tumores mediastínicos son una entidad poco frecuente dentro de los tumores que afectan la caja torácica, estos se pueden dividir respecto a su ubicación en mediastino anterior, medio y posterior; pueden aparecer en cualquier edad, aunque son más comunes en personas de mediana edad, además en diversos estudios se ha visto que tiene un leve predominio masculino. Por otro lado, los carcinomas neuroendocrinos de células pequeñas extrapulmonares son extremadamente raros, hallándose el 26% en el tracto genital femenino, 23% el tracto gastrointestinal, 19% el tracto genitourinario, y en menor porcentaje se puede encontrar en cabeza y el cuello.

Presentación del caso: Paciente femenina de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo consulta por cuadro de 3 meses de disnea, disfagia, estridor laríngeo y pérdida de peso involuntaria. Al examen físico se evidencia aumento de volumen cervical, sin signos de inflamación local. Al ingreso se realizó escáner de cabeza, cuello y tórax que informó múltiples conglomerados adenopáticos mediastínicos, hiliares en región cervical baja, con marcada disminución de calibre de tráquea secundaria a masa mediastínica única. En este contexto se ingresa a pabellón para realización de traqueostomía y toma de biopsia, la cual reportó tumor mediastínico con prolongación al cuello y fragmentos de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas con extensa necrosis, siendo presentado el caso al comité oncológico para continuar tratamiento.

Discusión-conclusión: La presencia de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas en la región mediastínica suele ser un hallazgo casi inédito,

ya que varios autores concuerdan que el origen de estos tumores es la mucosa bronquial, presentando habitualmente una clínica de instauración rápida caracterizada por disnea y tos por compromiso de la vía aérea. El tratamiento es guiado por oncología y presenta mal pronóstico, con sobrevida menor al 15% a los 5 años.

Palabras clave: Neoplasia de mediastino, Obstrucción de vía aérea, Carcinoma neuroendocrino.

R-53

NEUMONÍA NECROTIZANTE CON ABSCESO PULMONAR QUE EVOLUCIONA EN EMPIEMA TRATADA POR MEDIO DE BILOBECTOMIA

Ignacio Figueroa L.¹, Matías Blanco G.², Jorge Álvarez R.², Claudio Carrasco S.², Esteban Chávez R.³

¹Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

²Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

³Becado de Cirugía General, Universidad de Concepción, Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

RESUMEN

Introducción: La neumonía necrotizante es una complicación poco frecuente de la neumonía, se caracteriza por la inflamación con consolidación pulmonar periférica, necrosis y múltiples cavidades.

Presentación del caso: Paciente masculino, de 54 años, antecedentes de HTA, DMIR, DLP consumo de alcohol, drogadicción (pasta base), en situación de calle. Paciente consultó por una semana de dificultad respiratoria progresiva, que el 09.01.2023 se presentó en reposo. Asociado a tos con secreciones de aspecto purulento. A su ingreso se presentó taquicárdico, taquipneico con uso de musculatura accesoria, normotenso, afebril, desaturado. Sumado a murmullo pulmonar derecho disminuido. En la TC de tórax se apreció condensación lobar derecha, en lóbulo medio y compromiso del lóbulo inferior. El 15.01.23 evolucionó con un neumotórax espontáneo por lo que se le instaló SEP, evolucionando torpemente con abscedación de LSD y Lóbulo medio. Por lo anterior ingresó a pabellón donde se confirmó el diagnóstico de neumonía necrotizante de LSD y medio con gran absceso a nivel de cisura con abundante contenido purulento y focos de menor tamaño. También empiema en fase de organización con peel

pleural grueso. Con gran destrucción del parénquima pulmonar con múltiples fugas aéreas, que impidieron una resección de menor tamaño. Se definió la realización de una bilobectomía de LSD y LM, la que al terminar dejó un LID con expansión completa y sin fugas aéreas.

Discusión: Se presentó un paciente con muchos antecedentes que predisponían a la presentación de la neumonía necrotizante, sumado a un difícil procedimiento quirúrgico por el gran daño del parénquima pulmonar. Pero con la pesquisa y el procedimiento correcto se pudo tratar y mejorar la expectativa de mejoría y recuperación.

Conclusión: Es una patología compleja y con alto porcentaje de letalidad, por eso es importante su pesquisa y tratamiento temprano.

Palabras clave: neumonía necrotizante, bilobectomía, parénquima pulmonar.

R-54

MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE: UN CASO DE ABSCESO PERIANAL CON COMPLICACIONES ESCROTALES

Sebastián Monsalve A.¹, Marco San Martín M.¹, Cristina Durán R.¹, Bastián Muñoz S.¹

¹Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

RESUMEN

Introducción: Los abscesos perianales son el tipo más común de los abscesos anorrectales. Se ubican en el borde anal y, de no ser tratados, se pueden extender al espacio isquioanal o interesfinteriano. Se originan a partir de una glándula de la cripta anal obstruida, con acumulación de pus en el tejido subcutáneo y, eventualmente, en planos más profundos. Su edad media de presentación es de 40 años (rango 20-60 años). Los varones tienen el doble de probabilidad de desarrollar esta patología, cuya incidencia se ha considerado subestimada, debido a la baja tasa de consulta.

Presentación del caso: Paciente masculino de 36 años sin antecedentes mórbidos previos consulta por cuadro de 6 días de evolución consistente en dolor escrotal asociado a cambios inflamatorios locales. TAC de pelvis muestra absceso perianal que

exterioriza hacia escroto. Se realiza drenaje y aseo quirúrgico en primer tiempo quirúrgico, efectuándose el cierre en un segundo tiempo. Evoluciona favorablemente, siendo dado de alta en sus condiciones basales.

Discusión-conclusión: Los abscesos perianales constituyen una patología con múltiples repercusiones sociales, psicológicas y biomédicas, que afecta la calidad de vida de los individuos que la padecen. Debido a esto, es indispensable realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, el cuál es fundamentalmente quirúrgico, para así evitar el desarrollo de complicaciones que pueden tener repercusiones tanto locales como sistémicas.

Palabras clave: Absceso anorrectal, Aseo quirúrgico, Periné.

R-55

CASO CLÍNICO HIDRONEUMOTÓRAX DERECHO A TENSIÓN SECUNDARIO A TUBERCULOSIS EN SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI, ARICA-CHILE

Emmanuel Vega C.¹, Francisco Villalobos M.¹,
Manuel Cáceres H.¹, Sebastián Zepeda Rojas¹,
Cristian Arancibia G.²

¹Interno de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica - Chile.

²Médico Urgenciólogo, Hospital Dr. Juan Noé Crevani, Arica - Chile

RESUMEN

Introducción: El neumotórax es la presencia de aire dentro del espacio pleural. Se clasifica en espontáneo y traumático. La incidencia del neumotórax espontáneo secundario (NES) varía 2,0 - 6,3 por 100.000 habitantes. Se relaciona con enfermedades pulmonares, como tuberculosis (TBC), enfisema y fibrosis quística. Su clínica incluye disnea, dolor torácico y cianosis. El diagnóstico es clínico y se apoya con radiografía de tórax (RXT). Su manejo requiere de evacuación inmediata e instalación de un tubo pleural (TP), seguido de cirugía.

Presentación del caso: Adolescente de 16 años sin antecedentes mórbidos acude al servicio de urgencia (SU) por tos de una semana de evolución sin expectoración y sensación febril no cuantificada, que agrega palpitations, disnea de inicio súbito en reposo y dolor torácico pleurítico derecho. Ingres a al reanimador con taquicardia, normotensa, taquipnea,

saturando 93% y afebril. Al examen físico destaca murmullo pulmonar derecho disminuido, sin uso de musculatura accesoria. Se solicitan exámenes, ECG taquicardia regular complejo estrecho, PCR > 200, leucocitos 20.890, lactato 4,2, gasometría normal y RXT con neumotórax derecho a tensión, inmediatamente se realiza descompresión inmediata. Luego se instala TP y solicita TC de tórax que revela hidroneumotórax derecho a tensión con desplazamiento del mediastino y neumonía con necrosis central. Se hospitaliza con diagnóstico de hidroneumotórax secundario a neumonía complicada en cuidados intermedios. Se complementa estudio con fibrobroncoscopia y lavado alveolar con PCR TBC positiva. En ese contexto se inicia terapia anti TBC, donde completa esquema primario.

Conclusión: El neumotórax es una complicación importante de la TBC. Su incidencia varía entre 1-2% y una tasa de mortalidad del 33%. Entre 42-50% de los pacientes se presenta con neumotórax espontáneo en el SU y posteriormente se realiza el diagnóstico de TBC. Es importante tener un alto grado de sospecha en zonas con alta incidencia de TBC.

Palabras clave: Cuidados de emergencia, Neumotórax a tensión, Tuberculosis.

R-56

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ACTÍNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisca Colville S.¹, Constanza Colville S.¹,
Benjamín Lobos T.¹, Mario, Colville S.²

¹Estudiante de medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

²Médico cirujano, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción: La enteritis por radiación o actínica es una complicación secundaria a radioterapia (RT) para tratamiento de tumores pélvicos, pudiendo afectar intestino delgado y colon. Puede presentarse en fase aguda, generalmente autolimitada al tratamiento con radioterapia. O fase crónica, surge en los primeros 5 años. Sin embargo, en este caso el antecedente de RT fue hace 17 años.

A diferencia del síndrome agudo, la enteritis actínica crónica es resultante de una enfermedad transmural intestinal, relacionada a arteritis obliterante progresiva, con subsiguiente isquemia y fibrosis.

Presentación del caso: Paciente femenino de 61 años, con antecedentes de RT por Cáncer cervicouterino hace 17 años, consulta en urgencias por cuadro compatible con obstrucción intestinal. Iniciándose manejo médico y estudio con TAC, que evidencia dilatación de asas intestinales con cambio de calibre. Indicándose manejo quirúrgico con resección colorrectal y colostomía.

Discusión: Se estima que 5-15% de los pacientes que reciben RT abdomino-pelviana desarrollaran enteritis actínica crónica severa, con tasa acumulativa a 10 años del 3% para lesiones severas (hemorragia, obstrucción, estenosis, fístulas, malabsorción y peritonitis). El manejo de la enteritis actínica crónica ha variado reiteradamente, siendo el soporte médico el más utilizado de manera inicial, pero puede ser inefectivo. El tratamiento quirúrgico se reserva para complicaciones, ya que está relacionado con alta morbilidad, estancias hospitalarias prolongadas y necesidad de reintervención quirúrgica.

Conclusión: El curso de la enteritis actínica crónica resulta inevitable y debido a los desalentadores resultados en el tratamiento de esta, el foco está puesto en la prevención de la misma y en su reconocimiento. Debiendo ser sospechada en pacientes con antecedentes de radiación, lo que es cada vez más frecuente. Resultando importante identificarla, dado que aproximadamente el 20% de los pacientes son enviados a consulta por gastroenterología debido a que los síntomas son subestimados o no reconocidos.

Palabras clave: Radiotherapy, Intestinal Obstruction, Enteritis.

R-57

MANEJO DE VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO, ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Roxanna Salas G.¹; Antonia Salinas S.¹; Milliete Arias A.¹; Rosario Márquez C.¹; Valentina Zapata C.²

¹Internas de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

²Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: El vólvulo de intestino delgado es la torsión anormal de un asa intestinal alrededor de su

propio eje mesentérico. Constituye una rara causa de obstrucción intestinal en pacientes adultos (0,5-2,5% de los casos), pudiendo ser parcial o total. Se puede generar de manera primaria (espontánea) o secundaria a alteraciones anatómicas predisponentes. Es una urgencia quirúrgica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 94 años con antecedente de hernia umbilical, consulta por dolor abdominal intenso en región periumbilical de 24 horas de evolución. Niega síntomas asociados. Ingresa hemodinámicamente estable. Al examen físico destaca abdomen distendido, disminución de ruidos hidroaéreos y palpación abdominal dolorosa de manera difusa, hernia supraumbilical en línea media reductible. Exámenes de laboratorio normales. Tomografía computarizada evidencia asas de intestino delgado con rotación mesentérica y "signo del remolino" presente, sugerentes de volvulación, sin dilatación patológica ni signos de sufrimiento. Dado paciente en buenas condiciones generales, sin signos de perforación ni oclusión completa, se decide tratamiento conservador mediante sonda nasogástrica descompresiva con aspiración continua, ayuno y reposición hidroelectrolítica. Evoluciona favorablemente, dándose de alta.

Discusión-conclusión: El vólvulo de intestino delgado puede complicarse generando obstrucción intestinal, isquemia, infarto o perforación; alcanzando 9-35% de mortalidad. La literatura evidencia que debe realizarse cirugía inmediata, sin embargo, en esta paciente se prefirió un abordaje no quirúrgico dada las condiciones clínicas y ausencia de signos de estrangulación. La decisión sobre cuándo optar por cirugía frente a un fracaso del tratamiento conservador es difícil de estimar; muchos pacientes requieren cirugía posterior a 72 horas de manejo médico. Así mismo, existen casos descritos de resolución tras 5 días de tratamiento conservador, evitando cirugías. Por ende, es fundamental llevar a cabo una evaluación médica integral e individualizada, para lograr definir la conducta más óptima para el paciente, siempre priorizando el riesgo- beneficio del tratamiento, sin desestimar la evidencia descrita respecto a patologías infrecuentes.

Palabras clave: Vólvulo intestinal; Obstrucción intestinal; Tratamiento conservador.

R-58

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK CON ASCENSO MULTIVISCERAL: GENERALIDADES DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

Maria Ignacia Añazco G.¹, Paz Guesalaga R.-T.¹,
Chloe Jacomet G.¹, Bernardita Vicuña P.¹,
Christophe Riquoir A.², Daniel García O.³

¹Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Residente de Cirugía General,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

³Residente de Subespecialidad Cirugía Digestiva,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Introducción: Las hernias diafragmáticas congénitas (HDC) son una patología infrecuente, especialmente en adultos. Suele ser un hallazgo en el estudio de síntomas abdominales inespecíficos, representando un desafío diagnóstico [1-3]. Las HDC tienen indicación de reparación quirúrgica. El objetivo del trabajo es presentar un caso infrecuente de HDC del subtipo Bochdalek (HB) en un paciente adulto y opciones de manejo actuales.

Presentación del caso: Paciente masculino de 72 años con cuadro de disfagia progresiva secundaria a hernia diafragmática de larga data, acude al Servicio de Urgencias por mala tolerancia oral. En estudio con tomografía computada destaca voluminosa hernia diafragmática izquierda con contenido de asas de colon descendente y transversal, cámara gástrica, bazo, cola y cuerpo del páncreas, sin signos de complicación. Se complementa con estudio contrastado oral que evidencia dificultad para el paso de contraste hacia el duodeno. Se desestima resolución quirúrgica dada su baja reserva funcional, continuando con manejo médico.

Discusión: Las HDC ocurren por un defecto en el diafragma permitiendo el ascenso de vísceras abdominales hacia el tórax. El tipo más común es la HB; defecto posterolateral del diafragma, con una prevalencia de 1:2200 nacidos vivos. La clínica es inespecífica con síntomas abdominales. Las HDC tienen indicación de reparación dado el riesgo de complicaciones (vólvulos, incarceration o estrangulación). La técnica mínimamente invasiva logra una buena exposición del defecto para su reparación. El cierre primario con suturas gruesas es el método de elección si los bordes diafragmáticos pueden afrontarse, en caso contrario se puede utilizar una malla. La reparación del defecto reduce la morbimortalidad y tasa de recurrencia.

Conclusión: Las HDC son una patología infrecuente, especialmente en adultos. Suele ser un hallazgo en el estudio de síntomas abdominales inespecíficos.

Actualmente se recomienda que las HDC sean reparadas quirúrgicamente.

Palabras clave: Hernia diafragmática, Hernia de Bochdalek, Hernia congénita.

R-59

FÍSTULA ESÓFAGO-PLEURAL POST MANGA GÁSTRICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Antonia Salinas S.¹, Roxana Salas G.¹, Rosario Márquez C.¹,
Milliete Arias A.¹, Camila Cárdenas K.²

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Finis Terrae.

²Médica Cirujana, Hospital El Carmen Maipú.

RESUMEN

Introducción: La cirugía bariátrica es un tratamiento altamente utilizado para la obesidad, que se basa en reducir el tamaño estomacal, disminuyendo el apetito y generando así baja de peso. Técnica no exenta de complicaciones, siendo frecuentes las dehiscencias de sutura, que se convierten en fístulas, definidas como conexiones anormales que drenan a otros órganos o al exterior.

Presentación del caso: Paciente de 60 años, con antecedente de una Gastrectomía en Manga (12/04/2023). Consulta 18/05/2023 por dolor dorsal, disnea y fiebre.

Destaca ruidos hidroaéreos abolidos, crépitos basales a derecha, PCR 162, leucocitos 10.820. Radiografía y AngioTC de tórax evidencian derrame pleural derecho. Se realiza toracocentesis extrayendo 60cc de líquido exudado, negativo para empiema. Tomografía computarizada evidencia derrame pleural asociado a gas que se continúa con fístula a nivel de la gastrectomía. Se realiza endoscopia digestiva alta, diagnosticándose fístula esofagopleural. Esta fue manejada por cirugía digestiva con Endosponge, mantuvo nutrición por sonda nasoyeyunal hasta reepitelización y cierre de la fístula por segunda intención.

Discusión: El objetivo de este caso es dar a conocer que a pesar de ser una óptima solución para la obesidad, la cirugía bariátrica no es un procedimiento exento de complicaciones. La fístula puede conectarse a cualquier lugar del tracto respiratorio siendo difícil de visualizar. Los pacientes suelen presentar compromiso de estado general, desnutrición

y sepsis, requiriendo manejo multidisciplinario. Estudios recomiendan el manejo conservador combinando procedimientos endoscópicos, utilizado en la paciente, obteniendo resultados favorables.

Conclusión: La gastrectomía en manga es buena opción para el manejo de la obesidad, pero no está exenta de complicaciones. La fístula esofagopleural es una complicación infrecuente y de difícil diagnóstico, siendo el manejo endoscópico el tratamiento de primera línea.

Palabras clave: Cirugía bariátrica, fístula, complicaciones postoperatorias.

R-60

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES QUE DECIDEN LA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (LEY IVE) EN LA REGIÓN DE MAGALLANES ENTRE LOS AÑOS 2018-2022

Eduardo Borguenson B.¹, Daphne Arias H.¹,
Nastassja Durán N.¹, Francisca Peña F.¹, Amanda Osorio M.²

¹Interno Facultad de Medicina, Universidad de Magallanes,
Punta Arenas, Chile.

²Médica Ginecóloga, Hospital Clínico de Magallanes,
Punta Arenas, Chile.

RESUMEN

Introducción: La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Chile se rige bajo la Ley 21.030, promulgada el 2017, y valida el aborto en tres causales: 1) riesgo vital de la madre; 2) patología incompatible con la vida; 3) embarazo producto de una violación.

Objetivos: Caracterizar epidemiológicamente a las pacientes que deciden interrumpir su embarazo a través de la Ley IVE en la región de Magallanes, entre los años 2018 a 2022.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal, considerando registros del Ministerio de Salud de Chile, entre enero de 2018 y diciembre de 2022.

Resultados: Desde la promulgación de la ley, se reportan 3.735 casos, representando Magallanes el 1,33% (n = 50) del país. Del total, el 42% (n = 21) fueron por la primera causal, 36% (n = 18) por la segunda y el 22% (n = 11) por la tercera. El promedio de la edad gestacional fue de 14,6 semanas. La

edad promedio de las mujeres fue 29,7 años. Todos los registros son en mayores de edad.

Discusión-conclusión: La IVE y el aborto son conceptos complejos y multidimensionales. La disminución de casos entre el 2020 y 2021, se puede explicar potencialmente por la pandemia por COVID-19, demostrando que las barreras de acceso son una limitación considerable a la puesta en práctica de la ley. El no disponer de datos fidedignos de procedimientos realizados fuera de las condiciones legalmente vigentes, puede enmascarar otra realidad. El perfil epidemiológico corresponde a una mujer de 30 años, que predominantemente accede a la primera o segunda causal durante su segundo trimestre de gestación. Proponemos valorar y comparar estas cifras a nivel país, para analizar conjuntamente los factores que influyen en el fenómeno y así caracterizar adecuadamente la situación nacional.

Palabras clave: aborto legal, derechos de las mujeres, salud pública.

R-61

PRESENTANDO DESAFÍOS: UN CASO DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN EL PUERPERIO MEDIATO

Emmanuel Vega C.¹, Carla Bernales H.¹,
Rocío Carrasco V.¹, Gonzalo Bustos B.¹, Daniel Valdés F.¹

¹Interno de medicina. Facultad de Medicina
Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: El PRES es un síndrome clínico radiográfico de etiologías heterogéneas. Su cuadro clínico consiste en cefalea, alteración del nivel de conciencia, alteraciones visuales y convulsiones, asociados a hallazgos imagenológicos característicos de edema de sustancia blanca cerebral posterior. La patogénesis del PRES sigue sin estar clara, pero parece estar relacionada con un trastorno de la autorregulación cerebral y la disfunción endotelial. Su incidencia tampoco está clara ya que no se han reportado muchos casos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 18 años, sin antecedentes mórbidos, puérpera hace 3 días de un embarazo de término. Acude al SU el 30/08/23 traída por su pareja tras presentar cuadro clínico inicialmente caracterizado por cefalea

holocránea, posteriormente inicia con compromiso de conciencia evolucionando con movimientos tónico-clónicos generalizados con relajación de esfínter, duración de 1 min apróx con recuperación espontánea. Ingresa con PA: 151/105 mmHg, GCS 11, restos signos vitales y exámenes de laboratorio normales. Se realizan neuromágenes: TC cerebral: Tomografía computada de encéfalo sin lesiones de carácter agudo. EEG: Anormal, lentitud focal sobre región frontotemporal izquierda y frecuentes sincronías lentas generalizadas de morfología más aguda. Sin actividad epileptiforme categórica. Hallazgos en contexto de periodo interictal.

RM Cerebral: Edema vasogénico córtico subcortical supratentorial bilateral y simétrico, impresiona en contexto de síndrome de encefalopatía posterior reversible. Evoluciona favorable, asintomática por lo que se da alta médica con levetiracetam y amlodipino, seguimiento en policlínico neurología y obstetricia.

Discusión: En este caso observamos a una paciente con diagnóstico de PRES, un diagnóstico inusual en el puerperio que puede confundirse con una eclampsia, aunque algunos consideran que es un indicador de esta, incluso cuando la proteinuria e hipertensión están ausentes. La presión arterial en pacientes con eclampsia que desarrollan PRES es generalmente más baja que en pacientes que lo desarrollan en otras circunstancias.

Palabras clave: Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), puerperio, convulsión.

R-62

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO COMO PIEDRA ANGULAR DE LA FALLA HEPÁTICA AGUDA PERIPARTO

Ignacia García V.¹, Francisca Gómez O.¹, Camila Garrido O.¹, Catalina Astete C.², Paola Troncoso S.³

¹Interna de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.

²Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Talca, Talca, Chile.

³Médica Cirujana, Hospital de Curicó, Curicó, Chile.

RESUMEN

Introducción: El hígado graso agudo del embarazo es una entidad infrecuente, que típicamente aparece desde el tercer trimestre. Los parámetros de laboratorio señalan una disfunción hepática leve en la

mayoría de los casos. Sin embargo, no está exento de complicaciones como lo es la encefalopatía (46%), infecciones, daño renal, etc.

Presentación de caso: Femenina 26 años, sin antecedentes, consulta el 08/10 con 35 semanas de embarazo de evolución fisiológica, tras presentar vómitos, epigastralgia y síntomas respiratorios altos. Es egresada con tratamiento médico ambulatorio. Reconsulta a las 48 horas por empeoramiento de cuadro, y asociación a ictericia, coluria y dinámica uterina. Sin clínica respiratoria. Al monitoreo, destaca variabilidad disminuida en feto asociado a ecografía con oligohidramnios. Se realiza cesárea de urgencias. Laboratorio informa GOT 1091 GPT 50 FA 771 GGT 771, bilirrubina total 10,96, gases venosos con pH 7.14, INR 1,8, TP 38%. Posterior a cesárea se ingresa a UPC con diagnóstico de falla hepática aguda. Evoluciona con encefalopatía progresiva, con MELD 32, en ascenso, y se deriva a Hospital de Concepción para enlistar para trasplante hepático. Se solicita serología virus hepatitis A y B, PCR citomegalovirus, virus varicela zoster, virus herpes humano tipo 6, Epstein Barr, VDRL, VIH, negativos. Eco doppler hepático descarta trombosis porto-mesentérica. Desde 13/10 inicia clara evolución favorable, con mejoría progresiva de parámetros de función hepática y renal. Se resuelve encefalopatía y por estar fuera de riesgo de trasplante, se remueve de lista y es trasladada a hospital de origen. Se inicia ácido ursodesoxicólico. El 23/10 con MELD 10, Colangiografía normal, se decide alta médica.

Discusión-conclusión: Es de vital importancia la sospecha diagnóstica de esta entidad junto con el tratamiento precoz, el que debe orientar hacia la finalización del embarazo con el objetivo de mejorar el pronóstico materno y fetal.

Palabras clave: encefalopatía, embarazo, trasplante.

R-63

CUANDO LA VIDA FLORECE EN LUGARES INUSUALES: EMBARAZO ECTÓPICO EN EL OVARIO, REPORTE DE UN CASO

Rocío Carrasco V.¹, Emmanuel Vega C.¹, Carla Bernal H1 Matias Santos G.¹, Daniel Valdes F.¹

¹Interno de medicina. Facultad de Medicina Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico es aquel en donde se produce la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. Se produce en 1-2% de los embarazos. La ubicación más común es la trompa de Falopio, que representa el 96%, le sigue el ovario (1-3%), cervical < 1% y abdominal 1,4%. Su clínica consiste en alteración menstrual, metrorragia y dolor hipogástrico, pudiendo complicarse.

Presentación del caso: Paciente femenina de 27 años, múltipara de 2, acude al SU el 10-01-23 por cuadro de 1 día de evolución de dolor en hipogastrio y EcoTV extrasistema que concluye embarazo ectópico. EcoBox que muestra masa anexial derecha 3 x 3 cm con saco gestacional, sin líquido libre en fondo de saco posterior. Se realiza Test Pack (+) y exámenes preoperatorios en rangos normales. Se ingresa para resolución quirúrgica. Se realiza cirugía vía laparoscópica, donde destaca ovario izquierdo aumentado de volumen hasta 4 cm con superficie violácea y punto de sangrado activo. Se realiza Ooforectomía izquierda sin incidentes. Se envía muestra para Biopsia diferida. El 12-01-23 dada buena evolución clínica se decide alta con control en Policlínico Ginecología. Biopsia informa embarazo ectópico ovárico con presencia de embrión.

Discusión: En este caso, presentamos una localización infrecuente de un embarazo ectópico, el cual además se complicó. La diferenciación ecográfica entre un embarazo ectópico ovárico vs en trompa de Falopio distal puede resultar difícil, por lo que generalmente el diagnóstico se realiza en el momento de la cirugía o por histología.

Palabras clave: Embarazo ectópico, ovario, implantación.

R-64

ACRETISMO PLACENTARIO; A PROPÓSITO DE UN CASO

Maximiliano Schuller M.¹, Diego Bastías B.¹,
Vicente Godoy M.¹, Moisés Amar C.¹, Emilia Herrera B.¹,
Pablo Staig F.²

¹Interno de 7^{mo} año Universidad de Valparaíso,
Campus San Felipe.

²Ginecólogo, Servicio de Ginecología y Obstetricia,
Hospital San Camilo, San Felipe.

RESUMEN

Introducción: Acretismo placentario corresponde al anclaje anormal de las vellosidades coriónicas al miometrio¹. Su incidencia ha aumentado en los años, consecuencia del incremento de cesáreas. Se clasifica en placentas acreta (adherida a miometrio), increta (penetra miometrio) y percreta (traspasa el miometrio más allá de la serosa hasta órganos adyacentes). Dada su alta tasa de complicaciones, es una entidad con alta morbimortalidad, donde se estiman pérdidas sanguíneas de hasta 12.140 +/- 8.343 ml en percretismo.

Presentación del caso: Múltipara de 2, 1 cicatriz de cesárea anterior (CCA), monorrena izquierda, cursa hospitalización prolongada por diagnóstico de placenta previa oclusiva total, con inserción placentaria en CCA. Por sospecha de acretismo placentario, se solicita resonancia magnética, quien informa signos de acretismo placentario. Se planifica histerectomía obstétrica para las 34 semanas, evidenciando en la exploración quirúrgica, signo de medusa. Se completa procedimiento logrando ligadura de arterias hipogástricas y exeresis de restos placentarios anexos.

Discusión: Se puede observar la importancia de los controles durante el embarazo en identificar patologías de forma precoz, que pongan en riesgo tanto al feto como a la vida de la madre.

Conclusión: Planificar y adelantarse a las complicaciones obstétricas, sin duda es uno de los mecanismos con más efectividad en disminuir la morbimortalidad en la obstetricia.

Palabras clave: Histerectomía obstétrica, Placenta acreta, Placenta previa.

R-65

SÍNDROME DE HELLP, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE, PERO UNA BOMBA DE TIEMPO PARA DOS VIDAS; REPORTE DE UN CASO

Matias Santos G.¹, Daniel Valdes F.¹, Rocío Carrasco V.¹,
Emmanuel Vega C.¹, Gonzalo Bustos B.¹

¹Interno de medicina. Facultad de Medicina,
Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Hellp (SH) corresponde a una complicación de la preeclampsia caracterizado

por anemia hemolítica microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Presenta una mortalidad materna y perinatal de hasta 3,5% y 37% respectivamente. El principal síntoma es el dolor en epigastrio o hipocondrio derecho y el 15% pueden presentarse normotensas o sin proteinuria. El objetivo de este reporte es comprender el súbito empeoramiento del SH con un alto riesgo vital materno-fetal.

Presentación del caso: Paciente de 25 años sin antecedentes mórbidos, múltipara de 3 con embarazo de 33 + 5 semanas, es derivada al servicio de urgencias el 15/09/23 por presión arterial (PA) alta, asintomática, donde destaca PA sobre 140/90 mmHg durante 4 horas. Se solicitan albuminuria cualitativa, la cual resulta positiva. Es hospitalizada con sospecha de preeclampsia sin criterios de severidad, que es confirmada por proteinuria en 0,7 g/24 horas.

El 17/09 persiste asintomática, pero con PA de 171/99 mmHg y frecuencia cardíaca de 112 latidos por minuto, asociado a anemia leve normocítica-normocrómica, con hemoglobina 10.7 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.6 mg/dl, lactato deshidrogenasa 376 UI/L, transaminasas sobre 200 UI/L y plaquetas 80.000 ug/l. Se diagnostica SH y se realiza cesárea de urgencia, con extracción de recién nacido con peso 2376 g y Apgar 9/10, sin complicaciones.

En puerperio la madre evoluciona favorablemente, con normalización de signos vitales y exámenes, por ende, se decide alta médica.

Discusión: En el transcurso de dos días, observamos un rápido deterioro de la paciente, a pesar de encontrarse asintomática. Esto subraya la necesidad de establecer protocolos rigurosos para una identificación temprana del SH.

Realizado el diagnóstico, el único tratamiento es la interrupción del embarazo, sin importar la edad gestacional, que, en este caso tuvo un buen desenlace

Palabras clave: Obstetricia, Preeclampsia, Síndrome de Hellp.

R-66

A PROPÓSITO DE UN CASO: CETOACIDOSIS EUGLICÉMICA EN PACIENTE PUÉRPERA

Sebastián Zepeda R.¹, Tamara Contreras A.¹,
Mirko Sepúlveda N.¹

¹Interno de Medicina, Facultad Medicina,
Universidad de Tarapacá.

RESUMEN

Introducción: La cetoacidosis diabética es una emergencia médica que requiere tratamiento en unidad de cuidados intensivos. Principalmente se presenta en pacientes con diabetes mellitus tipo 1, en menor medida en diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional. Generalmente suele ocurrir con niveles altos de glicemias (>250 mg/dl), sin embargo, existe una entidad donde las glicemias son bajas (<200 mg/dl), las llamadas cetoacidosis euglicémicas (CDE).

Presentación del caso: Paciente femenina de 33 años, G2P2A0, con antecedente de Hipotiroidismo y diabetes gestacional sin control durante su primer embarazo. Puerpera de 20 días, embarazo controlado. Consulta en SU por compromiso del estado general, dolor abdominal, taquipnea y vómitos persistente (>20 episodios) de 24 horas de evolución. Se solicitan Exámenes generales donde se destaca leucocitos 30.000, glucosa de 117 mg/dl, pH de 6,97, y un bicarbonato 2,2 mmol/L, Cetonas ++, Antígeno para Sars-Cov-2 positivo. Por lo cual se decide hospitalizar en SAI con diagnóstico de cetoacidosis euglicémica. Durante hospitalización paciente tiene buena evolución clínica, llegando a pH 7,35, Glicemias de 85 mg/dl. Paciente solicita alta voluntaria.

Conclusión: La euglicemia puede ser un confusor cuando se sospecha de cetoacidosis diabética, lo que puede dificultar un oportuno diagnóstico y manejo. Se debe sospechar CDE en casos de pacientes con clínica clásica, antecedentes de diabetes mellitus y factores de riesgo. Destacando en el caso el antecedente de diabetes mellitus gestacional, embarazo reciente e infección concomitante.

Palabras clave: Cetoacidosis, Periodo de posparto, Glicemia.

R-67

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA: REPORTE DE CASO

Rodrigo Araya V.¹, Damaris Ponce P.¹,
Valentina Aguilera A.¹, Joshua Soto B.¹, Pedro Gutierrez C.²

¹Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.
²Médico Ginecólogo CR GC de la Mujer, Hospital Juan Noé Crevani,
Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es un tipo poco frecuente de embarazo

ectópico que ha ido aumentando su incidencia y posee una alta tasa de mortalidad materna por hemorragia debido a rotura uterina.

Presentación del caso: Paciente gestante de 34 años con antecedente de dos cesáreas, a quien se le diagnosticó embarazo en cicatriz de cesárea con acretismo placentario durante el primer trimestre del embarazo mediante ultrasonido. Se ofreció la interrupción del embarazo dado los riesgos que conlleva, sin embargo, la paciente decidió continuar el embarazo a término. Durante el tercer trimestre se realizó resonancia magnética que informó acretismo placentario con invasión vesical. A las 34 semanas se realizó cesárea programada con histerectomía obstétrica sin complicaciones maternas ni fetales.

Discusión: El embarazo en cicatriz de cesárea ocurre por implantación del blastocisto en tejido miometrial de una cicatriz de cesárea, lo cual tendría una alta correlación con el acretismo placentario. El estudio de elección para su diagnóstico corresponde al ultrasonido transvaginal. Respecto al manejo, actualmente no existe un consenso debido a su baja frecuencia, sin embargo, la recomendación general es la interrupción del embarazo. Los manejos descritos incluyen conducta expectante, tratamiento médico, intervenciones quirúrgicas y embolización de arterias uterinas.

Conclusiones: Presentamos el caso de un proceso poco común, cuya frecuencia va en aumento. El diagnóstico precoz ayuda a disminuir los riesgos, preservar el útero y la fertilidad. El manejo continúa siendo controversial.

Palabras Clave: Embarazo Ectópico, Placenta acreta, Histerectomía.

R-68

ADENOCARCINOMA DE LA GLÁNDULA DE BARTOLINO: UN CASO SINGULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Carla Bernal H.¹, Rocío Carrasco V.¹,
Emmanuel Vega C.¹, Gonzalo Bustos B.¹, Gabriel Rojas N.²

¹Interno de medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

²Estudiante de medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: Se ha descrito el cáncer vulvar como una patología infrecuente, reportándose una incidencia global de 3-5% de todos los cánceres ginecológicos, afectando a 0,85/100.000 mujeres por año. Un subtipo es el cáncer de la glándula de Bartolino, que corresponde al 0,1-5% de todos los carcinomas de vulva y más ampliamente al 0,001% de todas las neoplasias malignas femeninas. Debido a su baja tasa de incidencia suele pasar desapercibido, diagnosticándose tardíamente.

Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años con antecedente de absceso de glándula de Bartolino (2021). Acude a urgencia el 04/04/2023 por nuevo aumento de volumen vulvar, se indica tratamiento domiciliario con Flucloxacilina y seguimiento. En policlínico de ginecología paciente refiere persistencia del cuadro, al examen físico se aprecia tumor sólido de 3 cm en tercio inferior de labio mayor derecho, sin dolor ni signos inflamatorios. Se realiza drenaje y se manda a biopsia, el cual informa Adenocarcinoma papilar moderadamente diferenciado de glándulas de Bartolino. Se completa estudio con TAC reportando ausencia de diseminación. Se discute caso en comité oncológico decidiéndose Vulvectomía parcial con linfadenectomía inguinal.

En pabellón se inicia procedimiento realizando linfadenectomía de ganglios inguinales sospechosos de metástasis, se manda muestra a biopsia intraoperatoria el cual informa negativo para carcinoma, se decide completar linfadenectomía y se realiza vulvectomía parcial, resecando tumor para biopsia diferida. Paciente evoluciona favorablemente, sin incidentes.

Discusión: Este caso ilustra la complejidad para detectar el cáncer de la glándula de Bartolino, confundiendo en primera instancia con procesos infecciosos. La relevancia de su diagnóstico precoz radica en el pronóstico y selección del tipo de vulvectomía, una decisión que puede impactar significativamente en la vida de la paciente. Por tanto, se recomienda un alto índice de sospecha frente a cualquier lesión crónica de la vulva.

Palabras clave: Glándula de Bartolino, cáncer, vulvectomía.

R-69

DESAFÍOS EN LA URGENCIA GINECOLÓGICA: TUMOR OVÁRICO GIGANTE COMPLICADO EN CONTEXTO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y FÍSICA SEVERA, REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Bustos B.¹, Rocío Carrasco V.¹,
Emmanuel Vega C.¹, Carla Bernales H.¹,
Francisco Villalobos M.¹

¹Interno de medicina. Facultad de Medicina,
Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: Las masas anexiales, que pueden surgir del ovario, las trompas o el tejido conectivo circundante, constituyen un problema ginecológico frecuente. Entre estas, las masas ováricas son las más comunes, diagnosticadas en aproximadamente el 8-35% de las pacientes premenopáusicas y en el 3 al 17% de las posmenopáusicas. La clínica varía desde casos asintomáticos hasta cuadros de abdomen agudo.

El objetivo de este reporte es presentar un caso de un tumor ovárico gigante complicado.

Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años, nuligesta, con antecedentes de parálisis cerebral con discapacidad mental y física, epilepsia y tumor ovárico en estudio desde febrero/2023 con marcadores tumorales negativos. Acude al SU el 26/09/23 traída por su madre por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por dolor abdominopélico, anorexia, náuseas y vómitos. Al examen físico destaca aumento de volumen abdominal hasta apófisis xifoides. Exámenes de laboratorio destaca VHS 34 y orina inflamatoria, resto normal. Ecografía Box: Masa anecoica de 25 cm que impresiona depender del anexo derecho. Se ingresa para realizar laparotomía exploratoria donde destaca tumor anexial derecho de aprox 25 cm de diámetro y peso de 4470 grs, con torsión una vuelta sobre su eje y escaso líquido libre. Se realiza anexectomía derecha con biopsia diferida y toma de muestra de líquido peritoneal. Útero y anexo contralateral normal.

Evoluciona favorablemente, se decide alta en 48 hrs con control policlínico ginecología en 1 semana.

Discusión: En este caso observamos a una paciente postrada con un tumor ovárico gigante que se complicó con una torsión anexial. Los tumores anexiales mayores a 5 cm tienen mayor probabilidad de complicarse por torsión, siendo esta la 5ta emergencia quirúrgica ginecológica más frecuente.

La condición de la paciente entorpece el diagnóstico, por lo que junto a sus antecedentes debemos tener alta sospecha diagnóstica.

Palabras clave: Ginecología, tumor anexial, torsión.

R-70

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MIOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Antonio Jofré M.¹, Ignacia Pailamilla L.¹,
Catalina Radic S.²

¹Interno de Medicina, Universidad del Desarrollo,
Santiago de Chile.

²Becada de Ginecología, Universidad del Desarrollo,
Santiago de Chile.

RESUMEN

Introducción: Los miomas son la neoplasia uterina más común (70-80% de las mujeres) siendo más frecuente en la mediana edad. Generalmente son asintomáticos, pero según su tamaño y dirección de crecimiento podrían ser sintomáticos. Suelen producir alteraciones del ciclo menstrual (menorragia, metrorragia y dismenorrea), dispareunia, dolor pélvico, entre otros. Si son de gran tamaño, síntomas por compresión (constipación, tenesmo, retención urinaria). Su diagnóstico es clínico y ecográfico. Ocasionalmente, los casos sintomáticos pueden confundirse con sarcomas uterinos. Tumores malignos de alto riesgo metastásico, pero poco frecuentes. Suelen sospecharse frente a tumores de rápido crecimiento. A la ecografía pueden presentar ecogenicidad mixta, centros de necrosis y distribución irregular de vasos sanguíneos.

Presentación del caso: Mujer, 47 años, sin antecedentes. Consulta en urgencias por dolor hipogástrico de 24 horas, sin otros síntomas. Especuloscopia sin hallazgos. Se realiza ecografía transvaginal, donde destaca lesión miometrial de 15x14x15 centímetros, con tabiques y Doppler color score 2. TAC informa aumento del tamaño uterino, con formación hipodensa en miometrio, sin adenopatías, calcificaciones o infiltración grasa. Se realiza histerectomía total y salpingectomía bilateral. Se observa macroscópicamente una lesión multilobulada con contenido citrino hemático. Informe histopatológico informa un leiomioma uterino hidrópico. No se observan mitosis, sin atipias citológicas, ni focos de necrosis.

Discusión: Los miomas son los tumores uterinos más frecuentes. Generalmente asintomáticos, constituyendo un hallazgo en imágenes, sin requerir mayor confirmación. En casos sintomáticos, debe considerarse el sarcoma uterino como diferencial. En este caso, tendría que ampliarse el estudio. El abordaje quirúrgico deberá evitar técnicas que fragmenten la

lesión (miomectomía o morcelación). Diagnóstico es histopatológico.

Conclusión: Este caso presenta una manifestación poco frecuente de un mioma. Si bien será la sospecha diagnóstica principal ante un tumor uterino, en casos de presentación atípica, se dificulta diferenciar entre otros diagnósticos y se hace importante ampliar el estudio para realizar el manejo más adecuado.

Palabras Clave: Mioma uterino, Leiomioma, Sarcoma uterino.

R-71

TUMOR PÉLVICO INTRAPERITONEAL COMO HALLAZGO IMAGENOLÓGICO: REPORTE DE UN CASO

Sofía Abedrapo L.¹, María Jesús Abrigo G.¹, Catalina Anelli L.¹, Catalina Petric P.¹, Constanza Vásquez C.¹, Mario Abedrapo M.²

¹Interno de Medicina, Universidad Mayor, Santiago de Chile.

²Médico Cirujano, Departamento de Coloproctología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

Introducción: El avance tecnológico de los estudios imagenológicos ha provocado un aumento en la detección de hallazgos incidentales (HI) en pacientes asintomáticos tanto en población oncológica como no oncológica, provocando un problema médico-quirúrgico en torno a sus múltiples abordajes de estudio, seguimiento y manejo.

Presentación del caso: Paciente femenina de 38 años en estudio etiológico de trombosis arterial de extremidad inferior derecha, se realiza resonancia magnética de pelvis en donde se identifica HI tipo quístico intraperitoneal. El hallazgo es descrito como una "lesión ovalada en excavación pelviana, bordes lisos, intraperitoneal anterior al rectosigmoides, señal homogénea hipointensa en T2, con correlato hiperintenso en T1, de 68 x 25 x 37 mm aproximadamente". Dado el HI, se decide manejo quirúrgico con Laparoscopia Exploratoria donde se evidencia lesión tumoral quística libre de 70 x 45 x 25 mm en peritoneo en fondo de Saco de Douglas, destacaba amputación de trompa uterina y ausencia de ovario izquierdo.

Discusión-Conclusión: Los HI forman parte importante de los diagnósticos radiológicos, siendo de

gran relevancia en un contexto oncológico, donde se pudiera requerir mayor estudio. Sin embargo, en pacientes sin antecedentes, actualmente no se dispone de protocolos estandarizados sobre el manejo de estos, por lo que se recomienda basar el estudio en torno a 3 preguntas fundamentales, (1) ¿El HI pone al paciente en riesgo de un resultado adverso? (2) ¿Se puede diferenciar con precisión y confianza entre una malignidad primaria o metastásica y un HI benigno? (3) Si una lesión es benigna, ¿podría requerir aún una intervención quirúrgica? Son preguntas que requieren discusión entre especialistas para plantear futuras directrices de manejo para asegurar el bienestar de los pacientes.

Palabras clave: hallazgo incidental, intraperitoneal, oncológico.

R-72

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA, ¿COSTOCONDRIITIS O METÁSTASIS ÓSEA? CON RESPECTO A UN CASO CLÍNICO

Pilar Suazo S.¹, René Veliz S.¹, Nuri Rojas C.¹, Luis Quevedo P.¹, Felipe Romano C.¹

¹Interno de Universidad Autónoma de Chile, Talca.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama (CM) es un tumor maligno que se origina en la glándula mamaria. Tiene la capacidad de invadir los tejidos sanos a su alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos. Aproximadamente el 30% de las mujeres con CM en etapa temprana desarrollan enfermedad metastásica. Las células del cáncer de mama metastásico suelen diseminarse a territorio óseo, siendo este el tejido diana de metástasis en el 65-75% de los casos, en los cuales la mediana de supervivencia se estima de 24 a 36 meses. Las metástasis óseas pueden ser osteolíticas u osteoblásticas siendo más prevalentes las primeras. Las consecuencias de las metástasis óseas incluyen dolores refractarios a analgésicos convencionales, osteólisis que puede conllevar a compresión medular, fracturas patológicas y trastornos metabólicos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 50 años, con antecedentes de adenocarcinoma de mama izquierda diagnosticado el año 2021, tratado con mastectomía total izquierda y Tamoxifeno (ésta

con mala adherencia), consultó con cirujano de tórax por cuadro de dolor torácico de 1 año de evolución, previamente tratado como costochondritis, sin respuesta a manejo médico. Se realizó tomografía por emisión de positrones (PET), el cual mostró "lesión osteolítica en cuerpo del esternón de 49 mm de longitud con una ávida captación de glucosa". Cirujano planteó punción de lesión esternal, que se realiza el día 16/10/2023, cuyo resultado de biopsia se encuentra pendiente.

Discusión-conclusión: Dada la alta tasa de mortalidad en el CM metastásico, es clave detectarlo temprano. Para esto se usan pruebas de imagen como radiografías, gammagrafía ósea, resonancia magnética, tomografía axial computarizada y PET. Terapias incluyen hormonoterapia, bifosfonatos, radioterapia y cirugía para metástasis óseas. En CM metastásico de bajo grado, la hormonoterapia es óptima por su baja toxicidad y alta tasa de respuesta. Radioterapia y cirugía mejoran calidad de vida y síntomas.

Palabras clave: Cáncer de mama, Metástasis, Biopsia.

R-73

REPORTE DE UN CASO: SINDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER

Carolina Venegas V.¹, Naomi Silva P.¹, Sofía Sandoval S.¹,
Martin Meneses P¹, Sebastián Loyola O.¹

¹Interno de medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es la ausencia congénita de la vagina con desarrollo uterino variable. Es dado por la agenesia o hipoplasia del sistema de los conductos de Müller, aunque la etiología subyacente sigue siendo desconocida. Su incidencia global de 1/4.500 niñas nacidas vivas. Es la segunda causa más común de amenorrea primaria, siendo su sintomatología principal. Puede estar asociado a otras malformaciones, específicamente genitourinarias.

Presentación del caso: Femenina de 19 años con antecedente de síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser diagnosticado a los 17 años, consulta en el servicio de urgencias del Hospital de Curicó por sangrado vaginal abundando posterior a actividad

sexual. Al examen físico destaca 40 mm de vagina con sangrado abundante por lo que se ingresa para evaluación bajo anestesia dado por el intenso dolor a la evaluación ginecológica. Ingresa a pabellón donde se evidencia desgarro en cara posterior de 2 cm realizando sutura sin incidentes. Posteriormente, se decide alta médica con continuación de tratamiento con dilatadores vaginales.

Discusión: El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es una rara anomalía congénita del tracto vaginal, donde su primera consulta ginecológica es dado por la amenorrea. Para su diagnóstico se basa en un examen físico ginecológico complementado con el ultrasonido y luego resonancia magnética. Dentro de las principales complicaciones se encuentra relaciones sexuales dolorosas, desgarros post coitales, infertilidad, malformaciones renales, esqueléticas y cardíacas. El tratamiento de primera línea es médico con dilatadores vaginales. La creación quirúrgica de una neovagina puede ser apropiada si falla el tratamiento no quirúrgico o si la paciente lo desea.

Conclusión: Es importante la evaluación, seguimiento y tratamiento integral de las pacientes dado la afectación en el ámbito sexual y reproductivo principalmente, afectando la calidad de vida.

Palabras clave: Agenesia vaginal, Anomalía congénita vaginal, Amenorrea primaria.

R-74

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA: UN DIAGNÓSTICO POCO COMÚN EN LA ADOLESCENCIA

Bernardita Valenzuela O.¹, Isidora Contador B.¹,
Leonardo Fica A.¹, Tomás Vásquez M.¹,
Benjamín Cabrera T.¹

¹Interno de medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión intracraneal idiopática (HTIC) es una entidad caracterizada por aumento de la presión intracraneal que no puede ser atribuida a una lesión ocupante de espacio, ventriculomegalia, infección o alteraciones vasculares. Tiene una incidencia estimada de 2.4/100.000 habitantes. Más del 90% de los casos se presenta en mujeres obesas de 30 años. Es infrecuente en menores de edad, con

una incidencia estimada de 0.63/100.000 habitantes. A continuación, presentamos un caso de HTIC en una paciente de 15 años.

Presentación del caso: Paciente mujer de 15 años con antecedentes de hipotiroidismo y obesidad. Consulta por cuadro de 9 días de evolución caracterizado por cefalea, diplopía binocular y visión borrosa. Al examen físico destaca papiledema. Tanto la tomografía computada (TC) cerebral como el angiograma de cerebro no demostraron lesiones. Se realizó punción lumbar con una presión de apertura de 27 cm³, fisicoquímico y citológico normal. Se confirma diagnóstico de HTIC, se inicia tratamiento con acetazolamida 2 g/día vía oral con buena respuesta clínica.

Discusión: La HTIC es una enfermedad que afecta a mujeres obesas con una edad media de presentación de 30 años, pero no debe descartarse su diagnóstico en población más joven. Existen pocos estudios epidemiológicos de HTIC en población pediátrica. Se ha descrito un aumento de la incidencia en la población de 12-15 años. Un estudio de cohorte del reino unido demostró que el aumento de la incidencia en este grupo se asocia de manera significativa a la obesidad. La HTIC se manifiesta clínicamente con cefalea, visión borrosa y diplopía. El papiledema es un hallazgo cardinal al examen físico, que permitió la sospecha diagnóstica en nuestro caso. El tratamiento sintomático agudo se realiza con acetazolamida, pero el único factor modificador de la enfermedad a largo plazo es la baja de peso.

Palabras clave: hipertensión intracraneal idiopática, papiledema, obesidad, acetazolamida.

R-75

DOLOR TORÁCICO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO

Ale Peigñan G.¹, Raúl Yunge V.¹, Catalina Troncoso M.¹, Danilo Pacheco G.¹, Mathias Follert H.²

¹Interno/a de Medicina de 7mo año, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

²Médico cirujano, Becado de Pediatría, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

RESUMEN

Introducción: La hidatidosis quística es una zoonosis producida por el parásito *Echinococcus*

granulosus y es un problema mundial de salud pública, especialmente en zonas endémicas como lo es nuestro país, donde en el periodo comprendido entre los años 2015 al 2019, se notificaron 1.919 casos de esta enfermedad.

Su clínica suele ser asintomática a pesar de la extensión de su compromiso, siendo su diagnóstico un desafío, y muchas veces aparece al presentarse complicaciones. A continuación, se presenta caso de hidatidosis pulmonar complicada en un paciente de 6 años que se manifestó con dolor torácico, y que requirió resolución quirúrgica.

Presentación del caso: Escolar de 6 años, sin antecedentes mórbidos descritos. Consultó por síntomas respiratorios altos asociados a dolor torácico intercostal con tope inspiratorio y fiebre hasta 38,5 °C. En radiografía de tórax se evidencia desviación traqueal y ocupación completa del campo pulmonar izquierdo, se deriva a centro de mayor complejidad para manejo. Se solicitan exámenes donde destaca parámetros inflamatorios elevados, TC tórax describe 2 lesiones pulmonares izquierdas de aspecto quísticas y paredes gruesas, sugerentes de quistes hidatídicos que ocupan casi en totalidad hemitórax izquierdo.

Se realizó toracotomía posterolateral con resección completa de ambos quistes, regularización de cavidad en una sola y sutura de múltiples fístulas broncopleurales e instalación de drenaje pleural aspirativo. TC tórax con contraste de control describe fístulas broncopleurales y derrame pleural con signos de organización por lo que se vuelve a intervenir. En postoperatorio evoluciona en buenas condiciones, con drenaje pleural con débito en descenso progresivo hasta retiro definitivo.

Discusión-Conclusión: El dolor torácico es una manifestación clínica poco frecuente en pacientes pediátricos, y al definir sus diagnósticos diferenciales, es importante considerar la hidatidosis pulmonar, principalmente en pacientes que tienen un contexto rural y un quiebre clínico que puede hacer sospechar de complicaciones asociadas.

Palabras Claves: Hidatidosis pulmonar, dolor torácico, *Echinococcus granulosus*.

R-76

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABSCESO RETROAURICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Benjamín Avendaño O.¹, Cristóbal Velásquez M.¹,
Nicolás Leiva C.², Macarena Mandiola H.¹, Juan Fuentes A.¹

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

²Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

RESUMEN

Introducción: Un absceso retroauricular puede tener diversas etiologías además de las infecciones por patógenos cutáneos, entre las que destacan la mastoiditis, la enfermedad por arañazo de gato y la linfadenitis por micobacterias. El objetivo de este trabajo es discutir su proceso diagnóstico a partir de un caso real.

Presentación del caso: Preescolar de 3 años presentó dos semanas de aumento de volumen retroauricular derecho asociado a incremento de temperatura y eritema de la zona, protrusión hacia anterior del pabellón auricular y otalgia. Fue tratado con amoxicilina, presentando mala respuesta y drenaje hemático-purulento de la lesión, por lo que acudió a un hospital de alta complejidad. En la anamnesis remota destacó contacto con gatos, sin heridas conocidas, vacunas al día y condiciones de vivienda adecuadas. En el examen físico se pesquisó aumento de volumen de 3x2 cm en la zona descrita con salida de pus a la presión, sin otras lesiones. En el estudio complementario resultó tomografía computada (TC) de cráneo con cambios inflamatorios de partes blandas mastoideas derechas y serología positiva para *Bartonella henselae*. Finalmente, se realizó drenaje quirúrgico de la lesión e inició azitromicina, con evolución satisfactoria.

Discusión: Frente a un preescolar con absceso retroauricular asociado a otalgia y mala respuesta a amoxicilina, la primera sospecha etiológica debe ser una mastoiditis. Sin embargo, cuando no hay anomalías en la otoscopia y la TC de cráneo, es importante considerar que la enfermedad por arañazo de gato puede presentarse sin una puerta de entrada evidenciable. Además, dada la creciente inmigración de países con programas de vacunación inefectivos, la linfadenitis por micobacterias cobra relevancia cuando hay antecedente de contacto y presencia o no de síntomas constitucionales, dependiendo si se sospecha tuberculosis o una bacteria atípica, respectivamente.

Palabras clave: absceso, enfermedad por arañazo de gato, linfadenitis por micobacterias, mastoiditis.

R-77

DOBLE FACOMATOSIS: COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA Y SÍNDROME STURGE-WEBER. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

David Isla R.¹, Diego Méndez V.¹,
María Jesús Saavedra L.¹, Camilo Yáñez G.¹

¹Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile,
Santiago de Chile.

RESUMEN

Introducción: La doble facomatosis describe la presencia simultánea de dos síndromes neurocutáneos en un mismo individuo. Estos son reconocidos por el compromiso de la piel y del sistema nervioso, ambos derivados del neuroectodermo. Se presenta la evolución de una paciente de 5 años con Complejo esclerosis tuberosa (CET) y Síndrome de Sturge-Weber (SSW).

Presentación del caso: Paciente sin antecedentes relevantes, inicia a los 3 meses con crisis epilépticas focales motoras caracterizadas por clonías braquiales izquierdas, asociado a retraso del desarrollo psicomotor. Al examen físico destaca múltiples manchas hipocrómicas lanceoladas, una mancha de vino-oporto frontal e hipertonía del hemicuerpo izquierdo. La resonancia magnética de cerebro describe múltiples túberes cortico-subcorticales bilaterales y un estudio vascular derecho alterado compatible con SSW. Se realiza test genético que detecta mutación patogénica de CET. Con esto se confirma asociación CET / SSW. La paciente evoluciona con regular respuesta a fármacos anti-crisis y a los 9 meses presenta un estatus epiléptico motor focal braquio-crural izquierdo que responde a carga de fenitoína, donde se plantea además hemisferectomía funcional como tratamiento de SSW refractario, sin embargo, por compromiso bilateral secundario a CET se descarta. Actualmente sin crisis desde hace 1 año, tomando vigabatrina y topiramato. Como comorbilidad, presenta una discapacidad intelectual leve-moderada y un síndrome piramidal izquierdo.

Discusión-conclusión: La coexistencia de CET/SSW ha sido reportado solo en 7 ocasiones en la literatura. Una teoría que pudiera explicar esta asociación es que la mutación patogénica del CET estaría involucrada en las vías de la angiogénesis anormal característica del SSW, principalmente a través del mTOR. Esta inusual asociación dificultó el diagnóstico y tratamiento. Ahora bien, se destaca la

importancia del examen físico de la piel que puede realizar todo médico en la sospecha diagnóstica de un síndrome neurocutáneo.

Palabras clave: Esclerosis Tuberosa, Síndrome de Sturge-Weber, Síndromes Neurocutáneos.

R-78

TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO PRESENTACIÓN DE MIOCARDITIS AGUDA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO

Francisca Urrutia P.¹, Sofía Monsalve S.¹, Javiera Sandoval A.¹, Vania Sepúlveda Z.¹, Sandra Alvial R.²

¹Interna Medicina, Universidad de la Frontera.

²Residente Pediatría, Universidad de la Frontera.

RESUMEN

Introducción: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio secundaria a enfermedades autoinmunes, tóxicas e infecciosas. Dentro de las causas infecciosas las virales son las más frecuentes. Pueden clasificarse según clínica en asintomática y sintomática, siendo esta última la menos frecuente.

Presentación del caso: Paciente de 12 años consulta en urgencias por episodio de mareo, sudoración y taquicardia. Al examen físico pálida, taquicárdica hasta 200 latidos por minuto, afebril. Examen pulmonar y cardíaco sin hallazgos patológicos. Electrocardiograma con taquicardia de complejos anchos. Radiografía tórax con índice cardiotorácico 70,7. Por presencia de síntomas respiratorios se realiza estudio viral que resulta positivo para Adenovirus. Se completa estudio con resonancia magnética cardíaca que informa: dilatación ventricular izquierda con disminución de la fracción de eyección biventricular. Los hallazgos del realce tardío y aumento de los tiempos T2 sugieren etiología inflamatoria. Cuadro impresionado taquicardia ventricular de causa no precisada secundaria a miocarditis por adenovirus. Se realiza manejo farmacológico de arritmia con buena respuesta y evolución.

Discusión: La miocarditis aguda es una enfermedad poco frecuente en la infancia. Dentro de los agentes etiológicos se han descrito los virus como principales causales. El espectro clínico es muy variable, y va desde la presentación asintomática hasta la miocarditis fulminante con clínica de insuficiencia cardíaca

severa. El electrocardiograma puede presentarse con taquicardia sinusal, alteración en la onda T, en segmento ST, o bloqueos atrioventriculares. En este caso la presentación clínica fue principalmente taquicardia ventricular.

Conclusión: La taquicardia ventricular es una presentación grave y poco frecuente de miocarditis aguda, es relevante tener este diagnóstico en consideración al momento de estudiar esta arritmia. La radiografía y electrocardiograma juegan un rol importante en la primera evaluación del paciente y son útiles para orientar el diagnóstico.

Palabras clave: Miocarditis, Pediatría, Taquicardia.

R-79

DEFICIENCIA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO HUMANO EN SÍNDROME DE PHELAN-MCDERMID, REPORTE DE UN CASO

Constanza Contreras F.¹, Nicolás Craig G.¹, Israel Roblero L.¹, Eduardo Canteros C.¹, Gadir Hassan G.¹

¹Interno/a de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Phelan-McDermid (SPM) es una anomalía cromosómica causada por la delección de una porción del cromosoma 22. Se manifiesta con hipotonía, discapacidad intelectual, crecimiento anormal, problemas gastrointestinales, convulsiones y comportamientos autista. En cuanto al tratamiento, se ha estudiado la administración de la hormona del crecimiento humano (hGH) como alternativa.

Presentación del caso: Paciente femenino, 2 años con antecedentes de SPM (con hipotonía y retraso del desarrollo psicomotor), epilepsia, constipación crónica. Consulta por cuadro de 24 horas de evolución de tos seca, retracción subcostal y palidez mucocutánea. En urgencias destaca hemoglucotest de 48 mg/dL. Dentro de muestra crítica destaca insulina basal indetectable, glucosa 40 mg/dL, cortisol elevado, hGH basal baja, cuerpos cetónicos indicios y pruebas tiroideas normales. Se maneja la hipoglucemia y se hospitaliza. Evaluada por Endocrinología a quienes les impresiona hipoglucemia por déficit de hGH con indicación de suplementación. Se solicita Resonancia de silla turca para descartar tumor hipofisario y se inicia suplementación de hGH. Evoluciona sin nuevos episodios de hipoglucemia.

Discusión: Se presenta un caso de hipoglicemia secundario a deficiencia de hGH dentro del SPM. Dentro de las manifestaciones del síndrome las más reconocidas son las neurológicas, siendo pocos los casos con manifestaciones endocrinológicas.

Respecto al tratamiento, estudios han evaluado el efecto de la administración de hGH sobre los déficits neuroconductuales presentes, esto sin haber insuficiencia hormonal. Los resultados muestran que este tratamiento puede revertir una variedad de déficits, es bien tolerado y no presenta eventos adversos graves.

Conclusión: Se debe tener en cuenta las múltiples manifestaciones clínicas que tiene el SPM. Dentro de ellas la hipoglicemia y la deficiencia de hGH nos hace pensar en la suplementación hormonal como tratamiento, el cual ha mostrado efectos beneficiosos.

Palabras clave: Cromosomas Humanos, Par 22, Hormona del crecimiento; Síndrome de Phelan-McDermid; Factor de crecimiento similar a la insulina 1.

R-80

HIPERTENSIÓN PULMONAR CONCOMITANTE A INFLUENZA AH1N1 EN PACIENTE PEDIÁTRICO, UN REPORTE DE CASO

Jorge Vicencio O.¹, Sebastián Gárate O.¹, Vicente Hurtado B.¹, Davor Olivares C.¹, María Barros C.²

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

²Médica Cirujana, Becada Servicio Pediatría, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión pulmonar (HTP) es una enfermedad multicausal, que se caracteriza por el aumento de la resistencia vascular pulmonar a nivel de la arteriola pulmonar. La base genética sugiere una herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta, asociado a una alta morbimortalidad.

Presentación de caso: Paciente con antecedentes de asma. Inicia cuadro respiratorio alto asociado a dificultad respiratoria, Ingresa a nuestro centro con mala mecánica ventilatoria con radiografía de tórax compatible con foco condensante. Se realiza tratamiento de soporte, antibiótico terapia y se presenta

a unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) para inicio de CPAP por 3 días. Panel respiratorio positivo a Influenza H1N1. Recibió Oseltamivir por 5 días. Por hallazgo incidental de botón aórtico prominente en radiografía de tórax se solicita evaluación cardiológica donde impresiona signos directos e indirectos de hipertensión pulmonar severa, septum paradójico. Con eventual riesgo de falla derecha. Angiotac tórax negativo para tromboembolismo pulmonar.

Se inicia milrinona simultáneo a sildenafil, con buena respuesta. Se realiza estudio genético para HTP y se decide control ambulatorio. estudio de HTP secundaria reumatológico (-) Un mes después presenta cuadro clínico similar por metaneumovirus con requerimientos de oxígeno. Manejado en UTIP con milrinona dado signos de HTP, se valora opción de óxido nítrico inhalado realizando prueba ecográfica/oximetría, se cataloga respondedor.

Se decide alta y control a nivel terciario. Se realiza estudio genético para HTP en hospital Roberto del Río, confirmando causa genética.

Discusión: El diagnóstico de HTP es un diagnóstico que requiere alto nivel de sospecha, dado su clínica inespecífica, se debe descartar múltiples causas en el paciente pediátrico, siendo la genética importante de considerar, siendo importante de considerar frente a hallazgos incidentales sugerentes. Su tratamiento debe ser oportuno debido a su alta morbimortalidad asociada, siendo este reporte un aporte a su difusión y entendimiento.

Palabras clave: Hipertensión Pulmonar, Pediatría, Influenza.

R-81

SÍNDROME DE GUILLIAN-BARRÉ –VARIANTE AMAN– EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

José Miguel Alarcón S.¹, Felipe Riquelme G.¹, Nicole Legal M.², Francisca Figueroa S.², Diego Herrera S.³

¹Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

²Alumna de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

³Interno (a) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB), es una polineuropatía inflamatoria aguda y suele asociarse a infecciones previas. Puede complicarse

con insuficiencia respiratoria y disfunción autonómica. Tiene distintas variantes, como la neuropatía axonal motora aguda (AMAN) que es una forma motora pura del síndrome. Es más común en los países en desarrollo, tiene incidencia estacional y se asocia a infección previa por *Campylobacter jejuni*.

Presentación del caso: Preescolar masculino de 5 años, previamente sano, inició cuadro de 2 días dolor abdominal, odinofagia y cefalea, asociándose adinamia, y fiebre hasta 39,2 °C. En APS se indicó manejo sintomático. Evolucionó con somnolencia, constipación, rigidez nuchal, aspecto tóxico) se inició ceftriaxona empírica y derivó al Hospital Base Valdivia (HBV) en exámenes destacó punción lumbar y Filmarray de LCR sin alteraciones. Se mantuvo en observación en hospital del área, evolucionando al día siguiente con desconexión del medio e hipotonía generalizada.

Se trasladó a HBV ingresando en regulares condiciones, hemodinámicamente estable, sin obedecer órdenes, con rigidez nuchal y tetraparesia M3. Laboratorio y TC de cerebro sin hallazgos. Se indicó ingreso a UPC, evolucionando con disnea. Requirió apoyo hasta VMI con traqueostomía. Se manejó como meningoencefalitis aguda con antibioterapia y antivirales empíricos con escasa respuesta, ampliando estudio incluyendo RM cerebral y electroencefalograma, con sospecha de SGB. Se confirmó mediante electromiografía que mostró signos de degeneración axonal. Se inició tratamiento con inmunoglobulina y metilprednisolona lográndose mejoría gradual, tras lo cual se logró destete de VMI-BiPAP-CPAP-cánula a filtro. Se trasladó a la sala para continuar con rehabilitación. Tras decanulación el 28/09 se indicó alta médica y rehabilitación en APS.

Discusión y conclusiones: El SGB tiene incidencia poco común, siendo aún más esporádico en niños, por lo que su sospecha es relevante al ser una patología de rápida progresión que puede generar complicaciones y hospitalizaciones prolongadas.

Palabras clave: Guillain-Barré, Polineuropatía, Electromiografía.

R-82

DÉFICIT DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA TIPO 1 DE FENOTIPO SEVERO, REPORTE DE UN CASO

Gabriel Muñoz T.1, Karen Gübelin S.1, Tirza Valenzuela M.2

¹Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Médica Cirujana, Residente de Pediatría, Universidad de la Frontera, Temuco.

RESUMEN

Introducción: Déficit de adhesión leucocitaria tipo 1 (LAD1) es una inmunodeficiencia primaria (IDP) causada por mutaciones del gen CD18, clasificado como fenotipo severo al presentar menos del 2% de expresión. Clínicamente presentan infecciones recurrentes, retraso en la caída del cordón umbilical y defectos de cicatrización, siendo importantes su diagnóstico y manejo precoz.

Presentación del caso: Paciente femenina de 4 meses de edad procedente de Temuco, con antecedentes de onfalitis y candidiasis oral tratadas. Consultó en servicio de urgencias del Hospital Regional de Temuco por eritema y aumento de volumen en zona nasal y mejillas asociado a fiebre, posterior a lesión nasal por grataje. Exámenes destacaron: leucocitosis 43.891 10e3/uL, proteína c reactiva 142 mg/L, cultivos positivos para *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*; se diagnosticó celulitis facial e inició antibioterapia con clindamicina. Por sospecha de IDP se inició profilaxis con cotrimoxazol y estudios complementarios: Inmunoglobulinas A, M, G y E elevadas, complemento C3 elevado y C4 normal, poblaciones linfocitarias elevadas y moléculas de adhesión de granulocitos bajas. Se realizó estudio genético el cual resultó positivo para LAD1 autosómico recesivo. Se realizó el diagnóstico definitivo de LAD1 de fenotipo severo, por lo que mantuvo profilaxis con cotrimoxazol con buena evolución clínica. Actualmente en espera de trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) como terapia definitiva.

Discusión-conclusión: Se recomienda la profilaxis antibiótica precoz con cotrimoxazol para la prevención de infecciones recurrentes graves en pacientes con LAD 1 fenotipo severo que a menudo conducen a la muerte antes de los dos años de vida si no se realiza un TPH, la cual es la única terapia curativa y con buen pronóstico en fenotipos severos. Es importante la sospecha clínica y manejo precoz para la prevención de infecciones sistémicas graves y su morbimortalidad asociada.

Palabras Clave: Déficit de adhesión leucocitaria, Inmunodeficiencia primaria, Inmunoglobulinas.

R-83

DERRAME PLEURAL BILATERAL PARANEUMÓNICO EN ESCOLAR DE 9 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Córdova F.^{1,2}, Álvaro Martínez V.^{1,2},
 Crhistofer Aqueveque B.¹, Francisca Onetto N.¹,
 Paulina Perez R.¹, Mateo Correa L.³

¹Interno(a) de la Universidad Diego Portales.

²Asociación nacional científica de
 estudiantes de medicina (ANACEM).

³Médico cirujano, Hospital San Luis de Buin.

RESUMEN

Introducción: El derrame pleural es una entidad frecuente en pediatría en contexto de pacientes que cursan con cuadros infecciosos respiratorios bajos. Sin embargo, existe escasa literatura respecto al derrame pleural bilateral (DPB) asociado a un proceso infeccioso en pediatría, respondiendo la gran mayoría de estos a causas cardíacas, renales e inmunológicas. Por lo tanto, nuestro trabajo, reporta el caso de un DPB en contexto de una neumonía reinfectada en un escolar de 9 años sin antecedentes de inmunodeficiencias.

Presentación del caso: Escolar de 9 años, con antecedente de hospitalización reciente por bronconeumonía derecha y completando antibioticoterapia de forma ambulatoria. Consulta al servicio de urgencia por cuadro clínico de 2 días de evolución caracterizado por dolor tipo pleurítico derecho asociado a disnea. En estudio de ingreso, destaca radiografía de tórax en donde impresiona condensación pulmonar derecha asociado DPB; por lo que se decide hospitalizar para estudio y seguimiento en contexto de neumonía complicada. Durante estadía hospitalaria destaca ecografía torácica que confirma DPB, pero por cuantía límite no se decide puncionar. En este contexto se decide ampliar cobertura antibiótica, realizar estudio inmunológico y descartar infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Finalmente se decide entregar alta médica en seguimiento por parte de equipo de infectología y broncopulmonar.

Discusión: Nuestro trabajo evidencia la evolución tórpida de una bronconeumonía derecha que precipitó en un DPB, destacando en estudio la ausencia de inmunodeficiencias e infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Se desistió realizar toracocentesis por derrame dentro de límite al igual que lavado broncoalveolar por buena respuesta a tratamiento

antibiótico (cotrimoxazol/trimetropima). Se decidió entregar alta médica hospitalaria y seguimiento por equipo de infectología y broncopulmonar. En resumen; nuestro trabajo evidencia un DPB en un grupo etario donde esta entidad es poco común con escasa literatura específica.

Palabras clave: derrame pleural, neumonía, menores.

R-84

DE LO INFECCIOSO A LO AUTOINMUNE: EL CAMINO DE MYCOPLASMA PNEUMONIAE HACIA LA ENCEFALITIS

Ignacia García V.¹, Nicolás Acevedo P.¹,
 Tatiana Araya V.¹, Constanza López S.¹, Paola Troncoso S.²

¹Interna/o de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.

²Médica Cirujana, Hospital de Curicó, Curicó, Chile.

RESUMEN

Introducción: *Mycoplasma pneumoniae* destaca como uno de los patógenos respiratorios más frecuentes en nuestra población tanto adulta como pediátrica. Sin embargo, en este último grupo se ha evidenciado un mayor desarrollo de variadas complicaciones extrapulmonares. Dentro de ellas, destacan las manifestaciones neurológicas (40%), ya sea por invasión directa o fenómenos autoinmunes del sistema nervioso.

Presentación del caso: Preescolar femenina, 2 años, únicamente presenta antecedentes de neumonía atípica por *Mycoplasma pneumoniae* tratada y resuelta, hace 1 semana. Consulta en unidad de urgencias tras presentar movimientos involuntarios de extremidades superiores e inferiores, tipo coreicos, que causan dificultad de la marcha. Su madre refiere cambios conductuales y regresión de hitos del desarrollo. Se decide ingreso para estudio y manejo. Se solicita TC encéfalo que descarta hallazgos de carácter agudo, parámetros inflamatorios en rangos normales, punción lumbar y estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) constata cultivo negativo, citoquímico con pleocitosis celular de predominio mononuclear (90%). Se descarta etiología bacteriana y se inicia aciclovir, levetiracetam e hidrato de cloral. Sin mejoría tras terapia antiviral, se solicita RNM encéfalo, que demuestra hiperintensidades bitemporales e hipocampales, orientando a posible etiología autoinmune. Se inicia metilprednisolona y se deriva a Hospital El Carmen, Maipú, donde se realiza panel

autoinmune de LCR, que evidencia anticuerpos anti-receptor N-metil-D-aspartato (NMDAr) en LCR positivos, y se inicia rituximab.

Discusión-conclusión: El bloqueo de receptores de NMDAr por anticuerpos es una etiología autoinmune ya conocida, que genera desinhibición de vías excitatorias e incremento del glutamato extracelular. Resulta vital destacar la infección previa por Mycoplasma y posible mimetismo molecular, como mecanismo de producción de anticuerpos.

Se concluye que Mycoplasma pneumoniae resulta frecuente en nuestro medio, y sus complicaciones neurológicas, diversas. Por lo que, a la hora del enfrentamiento diagnóstico de diferentes afectaciones neurológicas en la población pediátrica, es indispensable considerarlo en el algoritmo diagnóstico.

Palabras clave: encefalitis, mycoplasma, autoinmunidad.

R-85

ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-RECEPTORES N-METIL-D-ASPARTATO EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paulina Figueroa R1, Pablo Rodríguez L1 Natalia Espinoza A1 Víctor Ramírez C2 Javier Vicioso S3

¹Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago.

²Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago.

³Médico Cirujano, Clínica Red Salud Santiago, Santiago.

RESUMEN

Introducción: Encefalitis es la inflamación del tejido cerebral asociado a disfunción neurológica, ya sea por causa infecciosa o inflamatoria/autoinmune. La encefalitis autoinmune anti-receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) es poco frecuente, con incidencia desconocida. El tratamiento consiste en inmunoterapia asociada a rehabilitación, debido al importante deterioro neurológico que produce.

Presentación del caso: Paciente femenina, 12 años, consulta por episodio de hipotonía generalizada con desviación de mirada de aproximadamente 2 minutos de duración con estado post-ictal, evolucionando con paresia facial derecha. Electroencefalograma (EEG), resonancia nuclear magnética (RNM) y punción lumbar (PL) normales. Se inicia tratamiento anticonvulsivante con buena respuesta. Evaluada por psiquiatra, quien sugiere trastorno espectro autista y adiciona tratamiento antipsicótico y sedante,

evolucionando con alucinaciones visuales y lenguaje incoherente, por lo que se plantea diagnóstico de esquizofrenia y se decide alta.

Consulta a las 48 horas por nueva crisis de hipotonía con laboratorio normal, por lo que se desestima hospitalización. Acude el mismo día a otro centro, ingresando a Unidad de Paciente Crítico. Conecta visualmente, presenta lenguaje disártrico y monosílabo, con desviación de comisura labial. RNM y EEG normal. Neurología plantea repetir PL con panel inmune que resultó positivo a Inmunoglobulina (Ig) G anti-NMDA y bandas oligoclonales. Se inicia tratamiento con corticosteroides, sin mejoría significativa, por lo que se asocia Ig intravenosa y Rituximab. La paciente no presenta nuevas crisis, razón por la cual se decide alta con rehabilitación ambulatoria.

Discusión-conclusión: El diagnóstico de esta patología es un desafío, ya que las convulsiones y síntomas psiquiátricos pueden confundirse con otras enfermedades neuropsiquiátricas llevando a un tratamiento tardío que puede dejar secuelas neurológicas permanentes e incluso resultados fatales en el 7% de los casos.

Palabras clave: Encefalitis, Encefalitis Antirreceptor N-Metil-D-Aspartato, Enfermedades Autoinmunes del Sistema Nervioso.

R-86

INTOXICACIÓN AGUDA POR SOBREDOSIS DE PARACETAMOL EN PACIENTE ADOLESCENTE, REPORTE DE UN CASO

Edgar Rodríguez L.1, Andrea Isaza O.1, Sofía Tobar P.1, Pamela Riveros F.1, Yennifer Pandorfa J.2

¹Interno/a de Medicina, Universidad Mayor Santiago, Santiago, Chile.

²Becada de Pediatría, Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: El paracetamol es seguro en dosis normales, pero puede causar daño hepático en concentraciones altas. Los niveles de toxicidad ocurren a partir de 7,5 g/día o 140 mg/kg. La toxicidad grave del paracetamol causa insuficiencia hepática y renal en 72-96 horas. Se confirma con niveles de paracetamol en sangre y se usa el Nomograma de Rummack-Matthew para decidir el tratamiento con N-acetilcisteína.

Presentación del caso: Paciente femenina de 14 años, con antecedente de depresión e intentos de autoeliminación. Ingresa al servicio de urgencias tras intento de autoeliminación con ingesta de 30 gramos de paracetamol. Hemodinámicamente estable, con dolor en hemiabdomen superior. Se mide concentración plasmática (CP) al ingreso, con valor de 186 µg/ml, y se realiza lavado gástrico. Se controla a las 4 horas, destacando valores fuera de rango de hepatotoxicidad, sin embargo, se decide inicio de N-Acetilcisteína dada ingesta en dosis tóxicas. En controles seriados, se evidencia función hepática normal, destaca alteración de la función renal con elevación de creatinina de 0,62 mg/dL hasta 0,74 mg/dL. Sin alteraciones hidroeléctricas.

Discusión: La toxicidad por paracetamol es la causa más común de falla hepática aguda en niños. La mayoría de las sobredosis por paracetamol en población pediátrica corresponden a casos intencionales. Es común que haya trastornos psiquiátricos, como la depresión y el abuso de sustancias, además de intentos previos de suicidio. Las indicaciones de N-Acetilcisteína dependen del rango tóxico según el Nomograma de Rummack-Matthew, dosis de ingesta, alteración en laboratorios o evidencia de falla hepática.

Conclusión: La intoxicación por paracetamol puede causar falla hepática, pero tiene buen pronóstico con tratamiento oportuno. Es crucial garantizar el seguimiento psiquiátrico debido a la relación con problemas de salud mental en estos pacientes.

Palabras clave: Paracetamol, Sobredosis de Droga, Intoxicación, N-acetilcisteína, Pediatría.

R-87

COLECISTOLITIASIS EN LACTANTE, REPORTE DE CASO

Nastassja Durán N.¹, Fernando Yévenes B.¹,
Francisca Vallejos S.¹, Daphne Arias H.¹, Ignacio Pérez A.²

¹Interno(a) de medicina, Universidad de Magallanes,
Punta Arenas, Chile.

²Estudiante de medicina,
Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.

RESUMEN

Introducción: La colecistolitiasis corresponde a la existencia de cálculos o barro en la vesícula biliar. Clásicamente se considera poco prevalente en la

población pediátrica, sin embargo, ha aumentado debido al avance en métodos diagnósticos y mayor presencia de obesidad infantil. Particularmente en población pediátrica se identifican como factores de riesgo: patologías graves (cirugía cardíaca o abdominal importante) y patologías que obligan a ayuno y alimentación parenteral prolongada. La presentación clínica puede ser asintomática, cólicos biliares o síntomas gastrointestinales inespecíficos. Exámenes de laboratorio muestran parámetros inflamatorios elevados y alteración en pruebas hepáticas. Para el diagnóstico se considera clínica, laboratorio, pudiéndose apoyar con imágenes. En cuanto al tratamiento, depende de factores como edad y sintomatología, pudiendo ser médico o quirúrgico.

Presentación del caso: Lactante de 8 meses, sin antecedentes, en estudio por vómitos persistentes se realiza ecografía abdominal por sospecha de estenosis pilórica hipertrófica, con hallazgo de colecistolitiasis. Se realiza tratamiento médico 6 meses manteniéndose asintomático con pruebas hepáticas normales. Ecografía de control al año evidencia cálculo de mayor tamaño por lo que se decide realizar colecistectomía laparoscópica electiva. Biopsia diferida de vesícula biliar informa colecistitis crónica litiásica.

Discusión-conclusión: A pesar de ser considerada como una patología infrecuente en población pediátrica, se ha visto mayor presencia de la misma por diferentes factores, como malnutrición en edades tempranas y mayor acceso a ecografía para realizar diagnóstico. Su tratamiento se mantiene controversial y variado debido a que no existen guías clínicas específicas de la patología que indiquen las directrices a seguir para lograr su resolución. Finalmente, debido a la mayor incidencia de colelitiasis en población pediátrica se debe considerar como diagnóstico diferencial en dolor abdominal y se requiere la realización de guías clínicas internacionales basadas en la evidencia que orienten a un abordaje sistemático de estos pacientes.

Palabras clave: colecistolitiasis, colelitiasis, lactante.

R-88

LINFANGIOMA QUÍSTICO CON DIAGNÓSTICO NEONATAL, REPORTE DE UN CASO

Gabriel Muñoz T.¹, Karen Gübelin S.¹, Tirza Valenzuela M.²

¹Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Médica Cirujana, Residente de Pediatría,
Universidad de la Frontera, Temuco.

RESUMEN

Introducción: El linfangioma quístico (LQ) es una malformación vascular congénita que genera un drenaje insuficiente de linfa al sistema venoso. Afecta 1/6000 recién nacidos (RN), comprometiendo principalmente cabeza y cuello, pudiendo generar compromiso de vía aérea (VA). Usualmente se asocian a cromosomopatías. Este caso resalta la importancia del diagnóstico y resolución oportuna para disminuir la morbimortalidad asociada.

Presentación del caso: RN masculino procedente de Angol, con antecedentes de embarazo fisiológico, sin diagnóstico antenatal de LQ. Al nacimiento se pesquió aumento de volumen cervicofacial izquierdo de 16x10 cm, móvil, depresible, gomoso, indoloro, sin desplazamiento de línea media ni compromiso respiratorio. Por clínica y edad se sospechó LQ y se realizó estudio: ecografía cervical: “masa cervical macroquística con tabiques hipervascularizados”, resonancia magnética: “masa quística cervical izquierda 8,2 x 7,9 x 5,2 cm, multitabizada, con compromiso de planos profundos del cuello y compresión extrínseca de VA”. Fibrobroncoscopía mostró obstrucción parcial de VA. Se descartó cromosomopatía mediante estudio genético. Por clínica y exámenes nombrados se diagnosticó LQ y se realizó escleroterapia con bleomicina a los 13 días de vida. Evolucionó favorablemente manteniendo controles por especialistas.

Discusión-conclusión: El 50% de los casos de LQ no tienen diagnóstico prenatal, pero las características clínico-epidemiológicas permiten sospecharlo, como en el caso presentado, iniciando estudio dirigido para una resolución temprana, descartando cromosomopatías y compromiso de VA. Si bien el tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica, cuando este se imposibilita por la extensión y posibles complicaciones intraoperatorias, la mejor alternativa es la escleroterapia, permitiendo un resultado exitoso. El diagnóstico y manejo precoz de LQ en unidades intensivas disminuye el riesgo de morbimortalidad por compromiso de VA.

Palabras Clave: Linfangioma quístico, Neonatología, Cirugía.

R-89

ONFALITIS, IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ: A PROPÓSITO DE UN CASO

Antonia Vargas M.¹, Joaquín Steinsapir M.¹,
Felipe Silva P.¹, Lucas Dueñas C.¹,
Pascal de Amesti F.¹

¹Interno/a de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

RESUMEN

Introducción: La onfalitis consiste en la infección del cordón umbilical y/o tejido circundante, presentándose raramente posterior al periodo de recién nacido. Sus microorganismos causales más frecuentes son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y gram negativos. Su identificación precoz permite evitar complicaciones.

Presentación del caso: Paciente masculino recién nacido de término adecuado para la edad gestacional de 11 días de vida, sin antecedentes mórbidos es derivado al servicio de urgencia posterior al control de la diada por secreción purulenta de mal olor del cordón umbilical, sin otra sintomatología. Al ingreso en urgencias se objetiva borde de ombligo con piel eritematosa-violácea con secreción purulenta fétida y leves adherencias serosas entre cordón y piel circundante. Se reciben exámenes de laboratorio con GB 11760 mm³/L y PCR <1 mg/dl, sin toma de cultivo de secreción. Dado hallazgos al examen físico, se decide hospitalizar, empezando manejo con cloxacilina y amikacina. Se hospitaliza durante 2 días con buena respuesta y disminución de eritema y secreción purulenta, por lo que se decide alta con indicación de completar 10 días de antibióticos con cloxacilina.

Discusión-conclusión: La onfalitis es infrecuente en países de altos ingresos, con una incidencia estimada menor a 1%, mientras países de bajos-medios ingresos llega hasta 6%. Puede tener complicaciones como peritonitis, fascitis necrotizante, sepsis, entre otras. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos con cobertura sobre bacterias gram positivas y gram negativas. Para su prevención, en lugares de baja prevalencia se recomienda la cura en seco en el cuidado del cordón, mientras en lugares de alta prevalencia se puede indicar el uso de clorhexidina. Se debe sospechar este diagnóstico de forma activa y saber cómo prevenirlo y tratarlo para evitar mayores complicaciones.

Palabras claves: Cordón Umbilical, Infección Focal, Recién Nacido.

R-90

SÍNDROME DE JEUNE: REPORTE DE CASO

Natalia Espinoza A.¹, Paulina Figueroa R.¹,
Pablo Rodríguez L.¹, Álvaro Poffalt D.¹, Hugo Castañeda V.²

¹Interno de Medicina, Universidad San Sebastián.
Santiago, Chile.

²Jefe de Unidad de Neonatología, Clínica Red Salud Santiago.
Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Jeune (SJ) o distrofia torácica asfixiante (DTA) es un trastorno autosómico recesivo. Genera constricción del tórax y condroplasia generalizada, impidiendo el crecimiento pulmonar normal. Afecta otros órganos como el hígado y riñón. Se manifiesta con insuficiencia respiratoria después del nacimiento. La prevalencia es de 1 en 100.000-130.000 recién nacidos vivos, con una tasa de mortalidad cercana al 70-80% siendo prácticamente incompatible con la vida. El diagnóstico es clínico-radiológico. Se puede realizar diagnóstico antenatal con ecografía y estudio genético. Su tratamiento es quirúrgico.

Presentación del caso: Recién nacido femenino, con antecedente prenatal de displasia esquelética. Padres sin antecedentes mórbidos conocidos. Madre refiere mortinato por toxoplasmosis. Cesárea 38 semanas, peso 3.245 g, talla 48 cm, Apgar 7-8. Presenta dificultad respiratoria al nacer, con requerimientos de ventilación de alta frecuencia (VAF) FiO2 100%. Examen físico: tórax acampanado, estrecho, costillas cortas horizontalizadas, abdomen globuloso y extremidades cortas.

En base a estudio genético, presentación clínica e imagenología se confirma diagnóstico de DTA asociado a hipoplasia pulmonar. La paciente se mantuvo en ventilación mecánica permanente por insuficiencia respiratoria grave con episodios de hipoxemia e hipercapnia severa con requerimientos de drogas vasoactivas en múltiples ocasiones. Se administró tratamiento por hipertensión pulmonar sistémica severa con óxido nítrico, con posterior inicio de sildenafil.

Actualmente se mantiene grave, en VAF a la espera de traslado a centro de mayor complejidad para realizar tratamiento quirúrgico.

Discusión-conclusión: El SJ es una entidad poco frecuente pero letal. La cirugía es el tratamiento definitivo, sin embargo, es crucial brindar soporte

respiratorio con ventilación mecánica invasiva, lo que permite mantener con vida al neonato durante la espera. Por el manejo multidisciplinario, la paciente se ha mantenido con vida por más de 60 días, desafiando el ominoso pronóstico.

Palabras clave: Anomalías Congénitas, Asfixia Neonatal, Insuficiencia Respiratoria.

R-91

SÍNDROME DE HANHART UN RETO TERAPÉUTICO: REPORTE DE CASO

Rodrigo Araya V.¹, Damaris Ponce P.¹,
Claudio Santander Z.¹, Valentina Contreras C.¹

¹Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Hanhart (SH) es un raro trastorno del desarrollo que afecta a 1 de cada 20.000 nacimientos. En 1950, Hanhart describió esta anomalía como un perfil facial parecido al de un pájaro causado por micrognatia, nariz protuberante, opistodontia, peromelia y pequeños para la edad y en algunos casos también se observó aglosia o hipoglosia.

Presentación del caso: Paciente recién nacido masculino de 41 semanas de gestación, adecuado para la edad gestacional 3560 gr, Apgar 8-9 puntos, embarazo sin controles, parto vaginal con rotura prematura de membranas de 24 horas de evolución con meconio y profilaxis incompleta. Al examen físico destacó presencia de micrognatia, hipoglosia, extremidades superiores hipertónicas, hipodactilia en pie izquierdo, disfunción deglutoria con paresia del nervio hipogloso derecho, resonancia magnética de encéfalo sin alteración, ecografía diafragmática que objetiva parálisis diafragmática bilateral, por las características descritas se diagnosticó SH, actualmente en controles y terapia multidisciplinaria junto a teletón.

Discusión: El SH es una enfermedad extremadamente rara la cual posee diagnósticos diferenciales muy variados como el síndrome de hipoglosia-hipodactilia, síndrome de Moebius, síndrome de Polonia, entre otros más. La etiología del SH no se comprende completamente, ya que, no se han identificado genes específicos que produzcan estas malformaciones,

sin embargo, se sospecha de factores genéticos, epigenéticos y ambientales, como exposición a radiación durante el embarazo, medicamentos teratogénicos, hipotermia, traumatismo o alteración del flujo sanguíneo placentario. Dependiendo de la gravedad de las anomalías de las extremidades, los niños pueden tener dificultades para realizar habilidades que requieran coordinación del movimiento como caminar y escribir, por lo que el tratamiento requiere de un manejo multidisciplinario de pediatras, cirujanos plásticos, ortopédicos, especialistas dentales, fonoaudiólogos y fisioterapeutas.

Conclusión: El diagnóstico preciso del SH actualmente sigue siendo clínico con un exhaustivo descarte de los diagnósticos diferenciales. Su abordaje es multidisciplinario apuntando a mejorar la calidad de vida del afectado.

Palabras clave: Malformaciones Múltiples, Anomalías Congénitas, Anomalías Maxilofaciales, Deformidades Congénitas de las Extremidades.

R-92

ENFERMEDAD DE MENKES UN RETO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodrigo Araya V.¹, Damaris Ponce P.¹,
Claudio Santander Z.¹, Valentina Contreras C.¹

¹Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Menkes (EM) es un trastorno causado por mutaciones en el gen ATP7A, caracterizado por trastornos neurológicos y del tejido conectivo graves debido a la deficiencia de cobre. Se estima que la incidencia es de 1 de cada 300.000 nacidos vivos.

Presentación del caso: Recién nacido pretérmino, Apgar 9-9 puntos, sin patologías materno-fetales, padres sanos, sin consanguinidad. A los 3 meses de vida presentó cuadro convulsivo caracterizado por postura tónica generalizada y compromiso de conciencia de 1 minuto de duración. Al examen físico destaca: reactivo, no conectado con el medio, hipotonía generalizada, pili torti y prominencia frontal. A los 4 meses de vida, presentó aumento de frecuencia y duración de crisis. Se realizó video-electroencefalografía informando actividad epileptiforme interictal multifocal, de predominio parieto-temporal,

que migran de una región cerebral a otra. Reingresó a los 6 meses por presentar 12 nuevas crisis, persistiendo, refractarias a tratamiento antiepiléptico. Panel genético evidenció variante patogénica en gen ATP7A, confirmando diagnóstico de EM.

Discusión: La EM es un trastorno neurodegenerativo letal con herencia recesiva ligada al cromosoma X, causada por mutaciones en el gen ATP7A, que codifica una ATPasa transmembrana de tipo P transportadora de cobre. El cuadro clínico inicia alrededor de los 3 meses de edad, se caracteriza por una regresión del desarrollo psicomotor, convulsiones, hipotonía, pili torti y protuberancias frontales. El tratamiento temprano con inyecciones de cobre puede aliviar parcialmente las alteraciones neurológicas, sin embargo, la historia natural de la enfermedad se caracteriza por una degeneración progresiva de las funciones neurológicas que conduce a la muerte en los primeros años de vida.

Conclusión: La EM es una afección rara y poco conocida que dificulta su detección temprana. El diagnóstico se basa en manifestaciones clínicas, los niveles reducidos de cobre y ceruloplasmina en sangre. El tratamiento precoz con suplementación de cobre mejora el pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: Síndrome de Menkes, Proteína ATP7A, Crisis Epilépticas.

R-93

LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA A SÍNDROME DE PIEL ESCALDADA A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Tejo T.¹, Tamara Catacora V.¹,
Tamara Contreras A.¹, Rodrigo Alarcón P.²

¹Internas Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.

²Médico Pediatra, Hospital Doctor Juan Noé Crevani, Arica, Chile.

RESUMEN

Introducción: La Linfocitosis Hemofagocítica (HLH, por sus siglas en inglés) es una enfermedad rara y potencialmente mortal que afecta el sistema inmunológico. Esta condición se caracteriza por una activación desregulada de células del sistema inmunológico llamadas macrófagos y linfocitos T citotóxicos, lo que lleva a una respuesta inflamatoria sistémica incontrolada.

Presentación del caso: Paciente lactante mayor femenina con antecedentes de hospitalización previa reciente por exantema febril sin foco, presenta cuadro respiratorio anterior de 1 semana de con rinovirus (+) con manejo ATB (amoxicilina) por 7 días, al término de la terapia presenta exantema generalizado que es tratado de manera sintomática, progresando el exantema con mala tolerancia oral y fiebre de difícil manejo por lo cual es hospitalizada destacándose en laboratorio transaminitis leve, LDH elevado Acidosis láctica (4,3) hiponatremia e hipocloremia leve, con marcada leucocitosis con desviación a izquierda. Durante hospitalización elevación de creatinina, múltiples adenopatías occipitales, cervicales, axilares inguinales y poplíteas, hemogramas seriados con disminución de las tres líneas celulares que requiere transfusión e hipertrigliceridemia. Por sospecha síndrome hemofagocítico se se inicia pulso con corticoides y traslada a HLCM para continuar estudio con mielograma, tras lo cual impresiona de causa infecciosa con linfocitosis hemofagocítica secundaria ya en resolución.

Discusión: El HLH es un síndrome agresivo que afecta frecuentemente a bebé hasta los 18 meses de edad, pero puede observarse en todas las edades. De forma esporádica o genética y desencadenarse por eventos que alteran la homeostasis inmunitaria.

Conclusión: Si bien este síndrome es raro en cuanto a frecuencia es importante conocerlo ya que de un adecuado manejo depende el éxito en la resolución del cuadro, considerando la presentación clínica variable y la falta de especificidad en hallazgos clínicos y de laboratorio lo cual suele complicar el diagnóstico oportuno.

Palabras Clave: síndrome de piel escaldada, Histiocitosis hemofagocítica

R-94

FRACTURA DE FÉMUR DERECHO CON MECANISMO DE BAJA ENERGÍA EN PACIENTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés Estefane D.¹, Carlos Oyarce M.¹, Pilar Moreno L.¹, Josefina Maldonado K.¹

¹Interno/a Medicina, Universidad de Valparaíso.

RESUMEN

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es un tipo de trastorno de tejido conectivo de origen

genético, donde se generan alteraciones cuantitativas o estructurales del colágeno tipo uno. Esta entidad se caracteriza por fragilidad ósea, fracturas múltiples, deformidad ósea y estatura corta. Presenta una incidencia de 1/15.000 a 1/55.000. Presentamos el caso de una paciente portadora de OI que sufre fractura de extremidad inferior.

Presentación del caso: Se trata de mujer de 26 años portadora de osteogénesis imperfecta tipo uno, con antecedentes de fracturas previas múltiples, quien consulta en el servicio de urgencias por dolor, impotencia funcional y aumento de volumen en pierna derecha posterior a abrazo (hiperflexión de cadera). Se solicita radiografía que evidencia: fractura transversa no desplazada del tercio medio del fémur derecho, junto con alteraciones de la morfología y de la densidad ósea generalizadas. Se solicita tomografía computarizada que demuestra rasgo fracturario con buen contacto en todos los planos, y es hospitalizada, manejándose con analgesia endovenosa. Caso se presenta a reunión de servicio, decidiéndose manejo no quirúrgico, con indicación de reposo en cama, analgesia y asistencia con movilización durante cuatro semanas. Finalmente se indica traslado a hospital de baja complejidad para continuar recuperación.

Discusión: La mayoría de los pacientes con OI presentan mutaciones autosómicas dominantes en los genes COL1A1 y COL1A2. La OI se clasifica según su fenotipo en 4 categorías, siendo la OI tipo uno la menos severa. Dentro de las características clínicas podemos encontrar retardo de crecimiento, deformidades esqueléticas, fracturas recurrentes, escleras azuladas, hiperlaxitud, dentadura opalescente, entre otras. Nuestra paciente era portadora de OI tipo uno, habiéndose fracturado en 10 ocasiones previas, con mecanismos de bajísima energía, como por ejemplo, sentarse en sillones. Este caso ayuda a poner en evidencia las complicaciones que tienen estos pacientes, así como las precauciones que deben tener en el día a día.

Palabras Clave: Osteogénesis imperfecta. Enfermedades del colágeno. Fractura patológica.

R-95

LUXACIÓN DE HALLUX IRREDUCTIBLE POR INTERPOSICIÓN DE SESAMOIDEOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Bernardita Vicuña P.¹, Rodrigo de Marinis A.²,
Cristóbal López L.³

¹Interno de Medicina, Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago.

²Departamento de traumatología, Pontificia
Universidad Católica de Chile, Santiago.

³Médico Cirujano, Hospital La Florida
Dra Eloísa Díaz, Santiago.

Introducción: La luxación de la articulación interfalángica (IF) del hallux irreductible es una patología infrecuente de la cual sólo se han reportado 22 casos entre los años 1994 y 2017. Los mecanismos descritos de luxación IF son dorsiflexión forzada, contusión directa o aplastamiento. Si no es posible realizar una reducción cerrada de esta lesión se debe sospechar una luxación dorsal con interposición de los huesos sesamoideos, los que en algunos casos puede no ser visible en radiografías. El propósito de este trabajo es presentar un caso de luxación irreductible del hallux, describir su tratamiento y discutir la relevancia de la detección oportuna de estas lesiones.

Presentación del caso: Paciente masculino, sano de 35 años consulta por contusión en hallux izquierdo al jugar fútbol el día anterior. Evoluciona con aumento de volumen y equimosis interfalángica izquierda asociado a rango movimiento (ROM) disminuido, sin otras alteraciones al examen físico. Se solicitan radiografías que muestran subluxación dorsal de la interfalángica del hallux por lo que se procede a realizar una maniobra de reducción cerrada. En las radiografías de control se observa persistencia de la luxación e interposición de huesos sesamoideos. Se comprueba lesión mediante tomografía computarizada (TC) y se decide realizar una reducción abierta en pabellón con excisión de los huesos sesamoideos. Evoluciona de manera favorable, sin secuelas a los 6 años de seguimiento.

Discusión: La luxación IF irreductible del hallux es una lesión poco frecuente. Es fundamental un buen examen físico para sospechar esta patología y solicitar el estudio imagenológico pertinente. Si se resuelve de manera oportuna mediante reducción abierta y excisión de los huesos sesamoideos es esperable observar una excelente función a largo plazo.

Palabras clave: Hallux, Articulación interfalángica, Luxaciones Articulares, Reducción Cerrada, Huesos Sesamoideos.

R-96

DEFORMIDAD DE FÉMUR TRAS FRACTURA EN LA INFANCIA: UN CASO DE RECUPERACIÓN COMPLEJA Y LECCIONES APRENDIDAS

Alonso Gatica P.¹, Catalina Andrea Petric P.¹,
María Jesús Abrigo G.¹, Constanza Sofía Vásquez C.¹,
Catalina Francesca Anelli L.¹

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Mayor Santiago.

RESUMEN

Introducción: La deformidad del fémur secundaria a fracturas en la infancia es una complicación rara pero clínicamente significativa. A pesar de las variaciones en su presentación, el caso clínico que presentamos aquí se destaca por su singularidad. Según los datos epidemiológicos, las fracturas de fémur son comunes en la infancia, pero las deformidades posteriores debidas a la superposición de fracturas y sus consecuencias son excepcionales.

Presentación del caso: El paciente, un hombre de 41 años, experimentó una fractura de fémur a los 9 años de edad que resultó en una inmovilización prolongada con un yeso. Como consecuencia, su pierna quedó 5 cm más corta que la otra. Dos años después se sometió a una cirugía de corrección con un corte del fémur y la instalación de un fijador externo de Hoffmann. La formación de callo óseo y su posterior fractura requirieron una inmovilización adicional. A lo largo de un año, el paciente se recuperó y pudo llevar una vida normal. Sin embargo, en 2021, se descubrió una deformidad del fémur y una desalineación de la rodilla, lo que resultó en una lesión meniscal que se resolvió mediante meniscectomía parcial.

Discusión-conclusión: Este caso destaca la importancia de un manejo integral y a largo plazo de pacientes con historias médicas complejas. Se ilustra la necesidad de abordar problemas ortopédicos y musculoesqueléticos de manera personalizada, considerando la evolución del paciente a lo largo del tiempo. La deformidad secundaria a fracturas en la infancia es una entidad rara pero relevante. A través de una cirugía de corrección y rehabilitación, es posible lograr resultados satisfactorios. Sin embargo, la aparición de problemas adicionales, como la lesión meniscal, subraya la importancia de un seguimiento continuo y una atención multidisciplinaria.

Palabras clave: Fractura de fémur, deformidad de fémur, cirugía ortopédica, lesión meniscal.

R-97

LUXACIÓN POSTERIOR RECIDIVANTE DE PRÓTESIS DE CADERA A PROPÓSITO DE UN CASO

Pía Ignacia Barroso Y.¹, Alonso Gatica P.¹, Catalina Andrea Petric P.¹, Sebastián Andrés Nazzari F.¹, Diego Juri Y.¹

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor Santiago.

RESUMEN

Introducción: La luxación de prótesis de cadera es una complicación significativa que puede afectar la calidad de vida de los pacientes que han sido sometidos a reemplazo total de cadera. La luxación posterior de cadera es la más frecuente y se manifiesta clínicamente como impotencia funcional total, aducción, y rotación interna de muslo asociado a un acortamiento de extremidad.

La tasa de luxaciones de prótesis de cadera varía entre 3.6% a 18,8%¹ y su estudio con radiografías anteroposteriores y Cross-table² es clave para su diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente femenina 68 años, hipertensa y con enfermedad renal crónica, operada de prótesis total de cadera en junio 2023, consulta en servicio de urgencia por dolor en reposo, asociado a impotencia funcional, acortamiento y rotación interna de extremidad inferior izquierda, lo que llevó al diagnóstico de una luxación posterior de la prótesis de cadera izquierda. Se decide realizar estudio radiográfico en pabellón donde se observa prótesis luxada hacia posterior, por lo que se realiza reducción cerrada con maniobra de Allis sin incidentes. Sin embargo, la paciente volvió a consultar en dos ocasiones posteriores con el mismo cuadro clínico, lo que resultó en reducciones cerradas adicionales bajo anestesia. La persistencia de la luxación llevó a la decisión de realizar un recambio de la prótesis de cadera izquierda. El procedimiento se realizó con éxito y sin complicaciones significativas.

Discusión-conclusión: Este caso clínico resalta la complejidad de la luxación de prótesis de cadera, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades. La evaluación y manejo adecuados de esta complicación son esenciales para optimizar los

resultados y la calidad de vida del paciente. Las maniobras de reducción cerrada, como la maniobra de Allis, pueden ser efectivas en algunos casos, pero en situaciones recurrentes o de alta complejidad, el recambio de la prótesis puede ser la opción más apropiada.

Palabras clave: Prótesis de cadera, luxación de cadera, manejo quirúrgico.

R-98

TUMOR DE CÉLULAS DE GIGANTES DE HUESO SACRO: UNA UBICACIÓN ATÍPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Ojeda R.¹, Melannie Ayala A.¹, Carolina Chambi M.¹, Benjamín Rousseau M.², José Bravo H.³

¹Médica Cirujana, Centro de Salud Familiar Eugenio Petruccelli Astudillo, Arica.

²Estudiante de pregrado Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica.

³Médico especialista en Traumatología y Ortopedia, Hospital Regional de Arica Juan Noé Crevani, Arica.

RESUMEN

Introducción: El tumor óseo de células gigantes (TOCG) es un tipo de neoplasia benigna. Sin embargo, es localmente agresiva y con potencial para metastaziar. Representa el 4-5% de todos los tumores óseos primarios. Su peak de incidencia está entre los 20 y 30 años. Su localización principal es la epífisis de los huesos largos. La ubicación en pelvis es extremadamente rara, correspondiendo sólo al 1,5-6% de todos los casos de TOCG.

Presentación del caso: Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta por dolor lumbar de 1 año de evolución, tipo ciática, alternante e intermitente, con aumento de intensidad en el último tiempo. Al examen físico sin signos constitucionales ni deficitarios neurológicos. Resonancia nuclear magnética (RNM) de columna lumbar muestra "lesión neoplásica en el hueso sacro niveles S1-S2, con extensión hacia ambas alas sacras, con compresión de la raíz S1 emergente. Considerar plasmocitoma o cordoma". Es evaluado por el Equipo de Neurocirugía, quien realiza biopsia de tejido, compatible con TOCG, con inmunohistoquímica concordante. Se repite RNM pelvis evidenciando fractura de sacro. Se presenta el caso al Comité Oncológico y al Equipo de Traumatología. Se

descarta cirugía de curetaje, injerto óseo y estabilización. Se decide derivar a Instituto Traumatológico en Santiago para iniciar tratamiento con Denosumab con el objetivo de reducir volumen tumoral y plantear eventual cirugía posterior. A la espera de estudio de diseminación.

Discusión: El TOCG en esqueleto axial es poco frecuente. Puede comprometer la estabilidad de la columna y afectar las estructuras medulares y radiulares. En región sacra se manifiesta como lumbociática, por lo que es importante estudiar con RNM a pacientes con falla del tratamiento conservador, para descartar infecciones, deformidades congénitas y adquiridas o tumores. Su tratamiento es quirúrgico. Sin embargo, en casos de irsecabilidad, existen otras opciones como quimioterapia con Denosumab coadyuvante o como tratamiento definitivo.

Palabras clave: Células gigantes, neoplasia, sacro, tumor.

R-99

OSTEOCONDRIITIS DISECANTE INESTABLE DE RODILLA MANEJADO CON MOSAICOPLASTIA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Luis Quevedo P.¹, René Veliz S.¹, Nuri Rojas C.¹, Felipe Romano C.¹, Pilar Suazo S.¹

¹Interno Medicina, Universidad Autónoma de Chile.

RESUMEN

Introducción: La osteocondritis disecante (OCD) de rodilla es una patología donde un segmento del cartílago articular y su respectivo hueso subcondral se desprenden total o parcialmente, generando edema, hundimiento óseo y/o necrosis. Es una enfermedad infrecuente, con una incidencia de 15-30/100.000 habitantes con tendencia a pacientes jóvenes de sexo masculino.

El manejo dependerá principalmente del tipo de lesión ya sea estable o inestable, criterios entregados por la resonancia magnética nuclear (RMN), estudio de elección. En esta oportunidad se expondrán los resultados de la mosaicoplastia como método quirúrgico a propósito de un caso.

Presentación del caso: Paciente de 20 años, deportista, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, acudió a policlínico de traumatología por gonalgia derecha de 3 años de evolución, que aumenta con

la actividad física, carga y limita parcialmente el rango de movimiento. Se evalúa con RMN que resulta compatible con OCD del cóndilo medial tipo 3, en radiografía impresiona fisis cerrada. Se planifica mosaicoplastia como opción terapéutica, la cual incluyó artroscopia diagnóstica para estimar el tamaño del defecto y sus autoinjertos osteocondrales (OATS) extraídos del cóndilo lateral ipsilateral, la cirugía se realizó sin incidentes.

Ante correcta evolución y control radiológico, es dado de alta al día siguiente caminando con 2 bastones sin carga. En controles posteriores, paciente asintomático, rango de movimiento conservado, camina sin bastones a los 2 meses y logra correr a los 3 meses.

Discusión-conclusión: La OCD resulta un desafío diagnóstico debido a su clínica inespecífica y su baja prevalencia, un alto índice de sospecha y la radiografía simple son elementos accesibles para una evaluación inicial que junto a la RMN harán la diferencia para el diagnóstico y resolución precoz. Los resultados de la mosaicoplastia como manejo de OCD inestable, en este caso, concuerdan con lo reportado en la literatura, con excelentes resultados a corto plazo y carga precoz.

Palabras clave: Osteocondritis disecante, Resonancia magnética nuclear, artroscopía.

R-100

OSTEOSARCOMA CONVENCIONAL DE ALTO GRADO EN FÉMUR DISTAL IZQUIERDO EN PACIENTE ADULTO JOVEN. REPORTE DE UN CASO

Joaquín Gálvez B.¹, Oriel Bravo A.¹, Florencia Lolas B.¹, Pailla Gatica J.¹

¹Interno de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago.

RESUMEN

Introducción: Los tumores malignos óseos son infrecuentes, al no superar el 0,2-0,5% de todos los tipos de cáncer en adultos. El osteosarcoma es una neoplasia ósea maligna de origen mesenquimatoso con una presentación etaria bimodal: entre los 10-14 años, con 4 casos por millón de personas por año, y otro en pacientes mayores de 65 años. Su sobrevivencia a 5 años del diagnóstico es de un 68%. Generalmente se ubica en metáfisis de huesos largos del esqueleto apendicular. Dentro de su clasificación histológica, el

tumor central de alto grado convencional es el principal subtipo.

Presentación del caso: Paciente masculino de 22 años consulta por gonalgia izquierda de 5 meses de evolución, de intensidad progresiva, que empeora al movimiento y se mantiene al reposo. Niega eventos traumáticos y procedimientos traumatológicos previos. Al examen físico destaca gonalgia activa y pasiva, junto con aumento moderado de volumen en región de fémur distal izquierdo, sin déficit neurovascular. Exámenes de laboratorio no muestran alteraciones. Se realiza resonancia nuclear magnética de rodilla izquierda que informa lesión de fémur distal izquierdo de 15 x 15 x 11 milímetros, de estirpe condroide con criterios de agresividad, por lo que se solicita biopsia ósea por punción, que evidencia osteosarcoma convencional de alto grado KAE $\frac{1}{3}$ negativo. Se efectúa una tomografía computarizada de tórax-abdomen- pelvis con contraste que no muestra signos de diseminación. Como tratamiento se procede con 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante y adyuvante, junto con resección quirúrgica de masa tumoral con bordes libres y resección más prótesis de fémur distal. Las imágenes postquirúrgicas mostraron resección total de dicho tumor, sumado a evolución clínica favorable.

Discusión-conclusión: El osteosarcoma central intramedular de alto grado es una patología poco frecuente en la población, que requiere un estudio imagenológico e histológico para guiar una terapia adecuada, y de esta forma, aumentar la tasa de sobrevivencia de esta neoplasia.

Palabras clave: Reporte de caso, Osteosarcoma, Neoplasias, Quimioterapia adyuvante.

R-101

SIALOLITIASIS GIGANTE DE GLÁNDULA SUBMANDIBULAR: REPORTE DE CASO

Catalina Fuchs G.¹, Josefina Camelio O.¹,
Sofía Barros C.², Felipe Berwart R.¹, Constanza Soffia P.¹

¹Interna/o VII año Medicina, Universidad de los Andes,
Santiago, Chile.

²Interna VI año Medicina, Universidad de los Andes,
Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: La sialolitiasis es un trastorno de las glándulas salivales causado por la formación de

litios de calcio en el sistema ductal, obstruyendo su drenaje. Afecta más a hombres (2:1), con peak de incidencia en 4ta-6ta década de vida. Es de etiología multifactorial. En 80-90% de los casos se afecta la glándula submandibular. Generalmente es asintomática (2), presenta síntomas cuando la obstrucción es producida por litio de tamaño considerable. La clínica, principalmente autolimitada, suele ser dolor postprandial, inflamación e infección de las glándulas. Al examen físico destaca aumento de volumen, dolor a la palpación, áreas nodulares/asimétricas, y edema. Inicialmente se estudia con ecografía o tomografía computarizada (TAC) sin contraste, para confirmar o estudiar diferenciales. Para el tratamiento existen opciones quirúrgicas y no quirúrgicas dependiendo del caso, considerando su extirpación o de la glándula completa.

Presentación del caso: Masculino de 47 años, sin antecedentes médicos, consulta por historia de larga data de dolor cervical postprandial con aumento de volumen, que cedía espontáneamente, con hallazgo de sialolitio en radiografía de tratamiento dental. Al examen físico destaca palpación glandular atrófica y litiasis por piso bucal de aproximadamente 2 centímetros. Se realiza TAC cuello que describe “extensa litiasis en conducto de Wharton izquierdo, 23 x 13mm (...) marcada atrofia y pérdida morfológica habitual de la glándula submandibular izquierda”. Con diagnóstico de sialolitiasis submandibular izquierda sintomática, se realiza submandibulectomía izquierda sin incidentes. Se biopsian dos piezas irregulares, lobuladas, parduzcas, de consistencia firme, sugerentes de calcificación, resultando en glándula submandibular con sialoadenitis y sialolitiasis. El paciente evoluciona de forma favorable, sin complicaciones postoperatorias inmediatas ni en controles posteriores.

Conclusión: La sialolitiasis es una patología con clínica inespecífica, con amplia posibilidad de diagnósticos diferenciales (abscesos, malignidad, etc.) con distintos manejos y pronósticos, requiere estudio y manejo dirigido, por la posibilidad de generar una sialoadenitis crónica irreversible.

Palabras claves: sialolitiasis, sialolitiasis ductal, glándula submandibular, conducto de Wharton, reporte de caso.

R-102

POLIPO NASAL UNILATERAL DE ORIGEN MICOTICO CON RESPECTO A UN CASO CLINICO

René Veliz S.¹, Pilar Suazo S.¹, Nuri Rojas C.¹,
Luis Quevedo P.¹, Felipe Romano C.¹

¹Internos de Universidad Autónoma de Chile, Talca.

RESUMEN

Introducción: Los pólipos nasales son tumoraciones que pueden formarse en la cavidad nasal o en los senos paranasales. Los pólipos unilaterales son relativamente infrecuentes, por lo que al encontrarlos se debe sospechar en tumores nasales, papiloma invertido o como en este caso clínico, por infección micótica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 37 años, con antecedente de rinosinusitis a repetición, inició estudio en extrasistema por cuadro de rinosinusitis y episodios de cefaleas intensas, donde se realizó resonancia magnética con contraste (RMc/c) que informó formación quística polipoide en seno maxilar derecho con extensión a rinofaringe con componente hiperdenso posiblemente micótico. Por esto, se decidió manejo quirúrgico con cirugía endoscópica funcional donde se resecó pólipo y se observó salida de pus por sobreinfección bacteriana que se confirma con cultivo microbiológico positivo tomado en pabellón. Actualmente paciente en buen estado post quirúrgico con manejo antibiótico y en espera de resultado de biopsia en polí-clínico de otorrinolaringología.

Discusión-conclusión: El diagnóstico como se observa en este caso, es clínico. Dependiendo del tamaño del pólipo se puede observar de forma directa o por rinoscopia y se complementa con imágenes como la tomografía computarizada o la RMc/c. El manejo al ser unilateral y con alta sospecha de ser de origen micótico es directamente quirúrgico, ya que no responden al manejo médico habitual. Finalmente, es importante diferenciar la infección invasora que se relaciona con la agresividad del hongo, la capacidad invasora y el componente inmunológico del paciente (en quimioterapia, trasplantados, diabéticos descompensados, etc), en cambio, la infección no invasora ocurre en personas inmunocompetentes, pero que tienen un componente patológico rinosinusal local que hace que el hongo encuentre un clima y condiciones óptimas para su desarrollo en alguno de los senos.

Palabras Clave: Pólipo, Cirugía endoscópica funcional, Biopsia.

R-103

SÍNDROME DE LEMIERRE SECUNDARIO A OTOMASTOIDITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniilo Pacheco G.¹, Ale Peigñan G.¹, Raúl Yunge V.¹,
Catalina Troncoso M.¹, Mathias Follert H.²

¹Interno/a de Medicina, Universidad Austral de Chile,
HBV, Valdivia, Chile.

²Médico Cirujano, Becado de Pediatría,
Universidad Austral de Chile, HBV, Valdivia, Chile.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Lemierre, o “septicemia postanginal” es una complicación secundaria a infecciones orofaríngeas agudas, caracterizada por la trombosis séptica de vena yugular interna y embolias sépticas pulmonares. Habitualmente asociado a infección por el anaerobio *Fusobacterium necrophorum*. Relativamente común, con una alta mortalidad asociada previo al uso masivo de antibióticos, afectando típicamente a adolescentes y adultos jóvenes.

Presentación del caso: Preescolar femenina, de 2 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó en servicio de urgencia por fiebre hasta 39 °C, rechazo alimentario, vómitos, anuria las últimas 24 horas y compromiso de consciencia. Exámenes de laboratorio con injuria renal aguda, parámetros inflamatorios elevados (GB 19010, PCR 27 mg/dl) y trombocitopenia severa. Ingresó a UPC por sepsis de foco desconocido, se pancultivó e inició tratamiento con ceftriaxona + vancomicina. Sin agente etiológico identificado. Destaca aumento de volumen retroauricular y tímpano derecho abombado. TC de oídos muestra mastoides derecha con ocupación de celdillas. Se decidió instalación de colleras. Persistió febril, con parámetros inflamatorios normales. TC de control informa ocupación de celdillas mastoideas y permeación de la cortical externa mastoidea. Se realizó mastoidectomía simple y drenaje de colección subperióstica temporal. Cultivos (-). Persiste febril, extendiéndose estudio con AngioRM y RM de cerebro-cuello informa trombosis venosa cerebral de seno transversal y sigmoideo con probable fístula A-V dural. Trombosis de vena yugular interna derecha. Se escala a meropenem - vancomicina - metronidazol. Sin indicación quirúrgica. Completó 10 semanas con tratamiento antibiótico y anticoagulación, con evolución favorable.

Discusión: La otomastoiditis es una complicación infrecuente de una otitis media aguda y más aún que evolucione a un síndrome de Lemierre. En este caso, pese al tratamiento antibiótico endovenoso de amplio

espectro, instalación de colleras y mastoidectomía simple, persistió febril con disminución de parámetros inflamatorios, sin identificar agente etiológico. Es fundamental sospechar complicaciones infrecuentes para otorgar un tratamiento oportuno y adecuado.

Palabras claves: Síndrome de Lemierre, Otomastoiditis aguda, sepsis.

R-104

HEMATOMA ORBITARIO TRAS IMPLANTE DE DRENAJE PARA GLAUCOMA: IMPORTANCIA DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Michelle Garrido M.¹, María Jesús Saavedra L.¹,
Diego Méndez V.¹, Eduardo Pimentel G.²

¹Escuela de Medicina, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Equipo de Glaucoma, Oftalmología Red de Salud UC Christus.

RESUMEN

Presentación del caso: Paciente masculino de 69 años diabético insulino-requiere, ojo único funcional derecho (OD) secundario a trauma en ojo izquierdo (OI) y retinopatía diabética proliferante panfotocoagulada OD. Derivado a equipo de glaucoma por Glaucoma Neovascular refractario a tratamiento médico. Presenta agudeza visual (AV) de cuentadados en OD y amaurosis en OI, tonometría aplanática de 28 y 10 mmHg en OD y OI respectivamente. A la biomicroscopia se evidencia en OD edema corneal, hifema que cubre parcialmente pupila, rubeosis y catarata significativa. OI presenta leucoma central. Fondo de ojo imposible en ambos ojos. Se decide mantener tratamiento médico máximo y se programa para implante de dispositivo de drenaje de humor acuoso (DDA-Ahmed) en OD urgente.

Se realiza DDA-Ahmed, destacando que tras lavado de hifema de cámara anterior ocurre reproducción de hifema de forma rápida, por lo que se deja viscoelástico en cámara anterior.

Al control postoperatorio se presenta con PIO OD 13 mmHg e hifema total. Consulta al día siguiente por hemorragia persistente de ojo operado, asociado a dolor 10/10 EVA, aumento de volumen periorbitario con órbita a tensión y proptosis, asociado a quemosis hemorrágica e hifema total. Se realiza cantotomía y cantolisis por equipo de oculoplástica e incisiones conjuntivales con drenaje de hemorragia subconjuntival. Se decide no ligar DDA-Ahmed por friabilidad de conjuntiva.

Se hospitaliza a paciente para manejo de dolor, solicitando hemograma en el que destaca leucocitos de 170.000, se realiza mielograma que confirma diagnóstico de leucemia mieloide crónica. Se inicia tratamiento hematológico asociado a ácido tranexámico y parche compresivo con resolución del sangrado. (253/300 palabras).

Palabras Claves: Glaucoma, hemorragia, preoperatorio.

R-105

DESCRIPCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN CHILENA EN EL PERIODO 2019 A 2022

Marcelo Solís O.¹, Tamara Serman H.¹,
Tomás Cárdenas O.¹, Marina Pinto C.¹, Paula Aldunate G.²

¹Estudiante de medicina, Universidad del Alba, Santiago, Chile.

²Médica cirujana, Hospital el Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción y objetivos: El trastorno por estrés posttraumático (TEPT), surge de la experiencia de un evento traumático amenazante para la seguridad personal. En Chile, no se ha realizado un estudio que lo cuantifique, por ende, el objetivo general es analizar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por TEPT, en el periodo 2019-2022 en Chile. Objetivos específicos: Identificar el sexo con mayor TEH en la población de estudio, Establecer el grupo etario con mayor TEH por TEPT en Chile. Evaluar el TEPT según el promedio de los días de estadía hospitalaria.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal sobre egresos hospitalarios por TEPT durante los años 2019-2022 en Chile, según sexo, grupo etario y promedio de días de hospitalización (n=5.889). Se utilizaron datos públicos obtenidos del Departamento de Estadística e Información en Salud. Se calculó TEH. No se requiere comité de ética.

Resultados: La TEH del periodo de estudio es de 25 por 100.000 habitantes, la TEH para el sexo femenino fue de 13,89 y para el sexo masculino de 5,95. La mayor TEH está en el grupo etario de 20 a 44 años con 41,08 por cada 100.000 habitantes.

Discusión-conclusión: La mayor TEH en el sexo femenino podría deberse a que se reporta un aumento

de casos de violencia contra este género en el periodo de estudio. El contexto pandemia posiblemente aumentó la incidencia de TEPT en pacientes jóvenes, con aumento de la TEH, siendo el grupo etario más afectado. Los resultados revelaron una mayor incidencia de TEPT en mujeres y en el grupo etario de 20-44 años. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la salud mental, implementar medidas preventivas y manejo terapéutico multidisciplinario, especialmente los grupos de riesgo evidenciados.

Palabras Clave: Trastornos por Estrés Postraumático, Infecciones por Coronavirus, Salud Mental.

R-106

QUISTE ERUPTIVO DE LOS VELLAS: REPORTE DE UN CASO

Eithan Goldbaum R.¹, Francisca Antonia Marinado S.¹,
Alex Meir Blamberg T.², Martín Antonio Betancour C.²,
Javiera Ignacia Ureta H.¹, Vicky Roizen G.³

¹Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de los Andes, Chile.

²Interno de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de los Andes, Chile.

³Médico Cirujano, Especialidad en Dermatología,
Clínica Santa María, Chile.

RESUMEN

Introducción: El quiste eruptivo de los vellos es una condición poco frecuente causada por el desarrollo anormal de la porción infundibular de folículos pilosos. Las lesiones se ubican en dermis y contienen cantidades variadas de queratina laminar y vellos. Generalmente se presentan entre los 17 y 24 años, pero se han descrito casos congénitos, siendo asociado a herencia autosómica dominante. El cuadro clínico presenta múltiples pápulas entre 1 y 4 mm de diámetro en tórax, abdomen y extremidades, de color piel, amarillo, azul, eritematosas o hiperpigmentadas. Habitualmente son asintomáticas, pero puede presentarse aumento de volumen y prurito. El diagnóstico diferencial incluye queratosis pilar, erupciones acneiformes, esteatocistoma múltiple, milia, molusco contagioso y foliculitis, siendo fundamental la biopsia.

Existen múltiples opciones de tratamiento, incluyendo retinoides tópicos, urea al 10%, ácido láctico al 12% y láser CO2. Sin embargo, se ha descrito resolución espontánea en el 25% de los casos mediante la eliminación transepidermica del contenido quístico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años sin antecedentes mórbidos, consultó por cuadro de 2 años de evolución caracterizado por aparición de múltiples lesiones papulares en frente y sien bilateral y otras violáceas en antebrazos, de crecimiento progresivo en número y tamaño. Fue manejado como acné durante un año, sin respuesta, por lo que al consultar se decide tomar biopsia punch de lesiones de frente y antebrazos. Al estudio histopatológico se observaron lesiones quísticas de tapiz epitelial similar a la porción excretora de la glándula sebácea, con material córneo y tallos de tipo velloso, compatible con quistes eruptivos de los vellos. Se manejó con láser CO2 fraccionado, con buena evolución.

Discusión-conclusión: El quiste eruptivo de los vellos es poco frecuente y subdiagnosticado. Por ende, es fundamental el correcto examen físico y estudio histopatológico para descartar los diagnósticos diferenciales y manejar esta condición apropiadamente.

Palabras clave: Quiste Folicular, Folículo Piloso, Pápulas, Reporte de un caso.

R-107

HIPERHIDROSIS FACIAL TRATADA CON SALES DE HIDRÓXIDO DE ALUMINIO Y EMOLIENTE: REPORTE DE UN CASO

Francisca Urrutia P.¹, Javiera Sandoval A.¹,
Martín Sánchez N.¹, Vania Sepulveda Z.¹, Edinson López B.²

¹Interno/a de medicina, Universidad de la Frontera.

²Residente de Dermatología, Universidad del Desarrollo.

RESUMEN

Introducción: La hiperhidrosis corresponde a una excesiva producción de sudor ecino. Se clasifica según su etiología: hiperhidrosis primaria e hiperhidrosis secundaria. Esta última puede originarse por trastornos neurológicos, endocrinos, infecciosos, tumorales, fármacos.

Presentación del caso: Mujer 47 años, que posterior a cuadro de COVID-19 secuelado con ACV isquémico evoluciona con hiperhidrosis facial global grado-IV gatillada con mínimos esfuerzos. Se indica la mezcla de Perspirex-strong® + Toleriane-Fluid® en las noches en una hemicara e hidratación en hemicara contralateral (control). A las dos semanas se objetiva persistencia de hiperhidrosis grado-IV en

hemicara no tratada e hiperhidrosis grado-II en hemicara contralateral. Posteriormente se inicia tratamiento en ambas hemicaras.

Discusión: La primera línea de tratamiento tópico de la hiperhidrosis son las sales de aluminio. Deben aplicarse en las superficies indicadas limpias y secas durante la noche. Los efectos secundarios más frecuentemente descritos son la dermatitis de contacto irritativa y la sensación de ardor, por lo que su uso en el rostro suele evitarse. En nuestros casos indicamos mezclar Perspirex-strong® + Toleriane-Fluid® para minimizar dichos efectos, con una aceptable tolerancia y respuesta al tratamiento.

Conclusión: Existen múltiples opciones terapéuticas según la gravedad, incluyendo los anticolinérgicos sistémicos, toxina botulínica y sales de aluminio tópicas. Estas, tienen como limitante su baja tolerancia, por lo que este caso aporta una nueva y segura forma de aplicación.

Palabras clave: Hyperhidrosis, Contact dermatitis, Aluminum chloride.

R-108

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CÁNCER DE MAMA: ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA, REPORTE DE UN CASO

Martín Meneses P.¹, María Muñoz C.¹, Daniel Méndez C.¹,
Naomi Silva P.¹, Carolina Venegas V.¹

¹Interno/a de Medicina, Universidad de Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Paget mamaria (EPM) constituye una forma atípica de cáncer mamario, manifestándose como un eccema y/o úlcera del complejo areola-pezones (CAP). Corresponde al 1% de los cánceres mamarios, siendo la presentación más inusual. En Chile, el cáncer de mama es la principal causa de muerte oncológica en la mujer, por lo que, es de suma importancia conocer esta patología que suele tener un diagnóstico tardío.

Presentación del caso: Paciente femenina de 51 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta al Servicio de Dermatología por mancha en pezón izquierdo de 10 años de evolución asociado a prurito y dolor local con períodos asintomáticos. Refiere haber recibido tratamiento con corticoides tópicos y emolientes

sin respuesta. Ecografía mamaria y mamografía del 2022 sin hallazgos patológicos. Al examen físico, destaca una lesión nodular eritematosa con bordes irregulares, descamativa, con islotes de pigmento en cuadrante inferomedial mamario izquierdo de 2 x 2 centímetros aproximadamente, se palpa nódulo subareolar de 5 milímetros, sin adenopatías. Se realiza biopsia mostrando hallazgos compatibles con EPM. Tras evaluación por comité oncológico, se realiza mastectomía parcial sin conservación de CAP.

Discusión-conclusión: Si bien la EPM es una patología poco frecuente, debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones que involucran el CAP, teniendo en cuenta que podría manifestarse como una dermatosis eccematosa y/o ulcerativa. Un bajo índice de sospecha retrasa el diagnóstico y empeora la sobrevida, no es infrecuente encontrar pacientes con EPM que han sido tratadas múltiples veces con corticoides tópicos sin mejoría clínica, al pasarse por alto su origen neoplásico. Se debe examinar la mama en busca de alguna tumoración, ya que, la presencia de una masa palpable aumenta la probabilidad de malignidad, incluso en ausencia de hallazgos imagenológicos.

Palabras clave: Eccema, Enfermedad de Paget mamaria, Neoplasias mamarias.

R-109

CASO CLÍNICO: MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE SÍNDROME PARANEOPLÁSICO EN PACIENTE CON TUMOR RENAL

Claudia Fernandoi A.¹, Javiera Saavedra D.¹,
Sofía Miquel V.¹, Florencia Thiers S.¹, Bastián Abarca R.²

¹Interna Medicina, Universidad Austral De Chile,
Campus Valdivia.

²Médico Cirujano, Residente de Medicina Interna,
Hospital Sótero del Río.

RESUMEN

Introducción: El síndrome paraneoplásico corresponde a manifestaciones que marcan procesos malignos y pueden afectar cualquier órgano. Las manifestaciones cutáneas descritas son múltiples y heterogéneas y muchas veces impresionan benignas. Entre ellas se encuentran acantosis nigricans, vasculitis, dermatomiositis, hipertrichosis, incluso prurito; asociándose a neoplasias hematológicas y sólidas, incluidas el cáncer de las vías urinarias.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, 53 años, con diagnóstico reciente de daño hepático crónico (DHC) y tumor renal en estudio. Consulta por distensión abdominal progresiva y edema de extremidades inferiores asociado a insuficiencia renal y parámetros inflamatorios al alza. Al examen físico destaca exantema eritematoso descamativo pruriginoso en tronco y extremidades inferiores. Si bien responde a manejo inicial de ascitis, persiste con la lesión cutánea descrita, la cual configura un cuadro altamente sugerente de manifestación cutánea de síndrome paraneoplásico.

Discusión-conclusión: Las manifestaciones cutáneas en los síndromes paraneoplásicos son variadas y heterogéneas, pudiendo estar presentes en cualquier tipo de neoplasia. El diagnóstico de estos síndromes se basa principalmente en la sospecha clínica, ya que no existen pruebas definitivas para confirmarlos. Su abordaje se centra en el estudio y manejo de la neoplasia y una vez tratada, es posible que la lesión cutánea remita. Es así como el diagnóstico y manejo de este cuadro clínico representa un gran desafío para el médico, debido a la dificultad de su diagnóstico y abordaje clínico.

Palabras Clave: Dermatología, Exantema, Neoplasias.

R-110

TASA DE MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DEL ENCÉFALO COMO CAUSA BÁSICA ENTRE LOS AÑOS 2017-2022 EN CHILE: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Matías Irrazábal G.¹, Catalina Moya P.²,
Amanda Muñoz B.², Carolina Kim P.², Benjamín Kim P.²

¹Estudiante de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.

²Estudiante de medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

RESUMEN

Introducción: Los tumores malignos encefálicos (TME) son la neoplasia del sistema nervioso central más frecuente. La incidencia global durante el 2020 fue de 3,5/100.000 habitantes, siendo superior en hombres. La tasa de mortalidad (TM) en el mundo y en Chile fue de 2,8 y 2,86/100.000 habitantes, respectivamente. Dada la importancia epidemiológica, se describe la TM por TME en Chile.

Materiales y métodos: Estudio ecológico sobre la TM por TME en Chile según sexo, edad y región

durante 2018-2022 (n = 2.373). Se usaron datos del Departamento de Estadística e Información de Salud. Se calculó la TM por 100.000 habitantes. No requirió comité de ética.

Resultados: Hubo 2.373 decesos y una TM del período de 2,7/100.000 habitantes, siendo mayor la TM el 2019, (3,2/100.000 habitantes). Siendo mayor en hombres (3,0/100.000 habitantes), determinándose un índice de sobremortalidad de 1,2. El grupo etario con la mayor TM fue el de 80 años y más (11,77/100.000 habitantes). La mayor mortalidad fue en la VI Región (15,9/100.000 habitantes).

Discusión: El alza al inicio se podría deber al envejecimiento poblacional y la disminución subsecuente, a los efectos de la pandemia en registros y manejo de pacientes oncológicos. La mayor TM en hombres podría deberse a factores biogenéticos. El peak sobre los 65 años puede deberse a mayor incidencia y comorbilidad. La mayor TM en regiones centrales podría deberse al envejecimiento poblacional.

Conclusión: El incremento en la mortalidad por TME en Chile radicaría en el envejecimiento poblacional y la mayor exposición a factores de riesgo, y la posterior disminución, a la pandemia. Se requieren estudios epidemiológicos exhaustivos que aporten al correcto manejo de esta patología.

Palabras Clave: Mortalidad, Neoplasias encefálicas, Epidemiología.

R-111

COMPROMISO CUALITATIVO DE CONCIENCIA EN GESTANTE: MENINGIOMA VS ESQUIZOFRENIA, UN REPORTE DE CASO

Jorge Vicencio O.¹, María Gebauer B.¹,
Sebastián Gárate O.¹, Marcelo Mondaca R.¹,
María Barros C.²

¹Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales

²Médica Cirujana, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.

RESUMEN

Introducción: La Psicosis es un estado mental en que se pierde el juicio de realidad; las personas rompen el consenso social y no se adecúan al contexto. Dentro de este término encontramos la esquizofrenia,

la cual se caracteriza por alucinaciones, delirios, alteraciones del pensamiento y de la conducta, entre otros. Es de suma importancia, considerar en los compromisos cualitativos de la conciencia la causa orgánica, y es en este último grupo donde encontramos al Meningioma.

Presentación del caso: Gestante tardía de 39+6 semanas en estudio de esquizofrenia, con antecedente de afasia y pérdida de control de esfínter que se agudizan desde las 12 semanas de gestación, que consulta por trabajo de parto activo. Consulta en APS donde se encuentra poco cooperadora, afásica, se objetiva pérdida de líquido genital, se deriva a Hospital Regional de Rancagua. Al ingreso paciente orientada en espacio, niega pérdida de líquido y refiere sólo leve dolor en abdomen, al realizar preguntas solo responde monosílabos. Parto sin complicaciones.

Horas post parto presenta agudización de compromiso de conciencia caracterizado por cuadro confusional, evaluada por psiquiatra, donde impresiona síndrome prefrontal de origen orgánico y descarta esquizofrenia dado hallazgo en TAC de lesión parafalcina anterior izquierda de aspecto neoplásico sugerente de meningioma con marcado efecto de masa.

Se trasladó a UPC, donde es evaluada por neurocirujía quienes realizan biopsia de lesión. Se realiza exéresis tumoral. Tras procedimiento evoluciona en mejores condiciones, mantiene desorientación en Temporoespacial que recupera parcial y progresivamente. En controles por especialidad.

Discusión: Aun cuando el embarazo y puerperio pueden gatillar patologías de la esfera psiquiátrica, el diagnóstico de psicosis puerperal, esquizofrenia agudizada u otros, requiere la correcta evaluación de la paciente, donde es imperativo descartar la causa orgánica, debido a que el pronóstico y tratamiento varía sustancialmente. Es por esto que este reporte representa un aporte a su difusión y entendimiento.

Palabras clave: Meningioma, Esquizofrenia, Embarazo.

R-112

OFTALMOPLEJIA EXTERNA PROGRESIVA CRONICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Josefina Camelio O.¹, María Constanza Soffia P.¹,
Felipe Berwart R.¹, Catalina Fuchs G.¹, Javiera Guerra D.²

¹Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago.

²Becada Oftalmología, Fundación Oftalmológica
Los Andes, Santiago.

RESUMEN

Introducción: La oftalmoplejía progresiva externa crónica (CPEO) se caracteriza por ptosis bilateral progresiva y reducción simétrica y difusa de la movilidad ocular. Se puede presentar con compromiso aislado de la musculatura extraocular o con síntomas sistémicos como hipoacusia, disfagia, alteraciones neurológicas y cardiológicas, conocido como CPEO-PLUS. Comprende un espectro de patologías mitocondriales hereditarias

El diagnóstico es clínico, incluyendo evaluación de campo y agudeza visual, pero debe realizarse estudio complementario para descartar compromiso sistémico. Se puede realizar estudio histológico para el diagnóstico diferencial con otras miopatías, como la Miastenia Gravis (MG). Actualmente no existe un tratamiento curativo.

Presentación del caso: Mujer de 12 años con diagnóstico de MG 2B seronegativa en tratamiento con Mestinon, Azatioprina y Prednisona. Se presenta con ptosis bilateral, debilidad de mandíbula y extremidades superiores a distal, que no mejoran con el tratamiento. Al examen físico se evidencia oculomotilidad disminuida en todas las direcciones. Evoluciona con mayor ptosis, oftalmoplejía, voz bitonal y disfagia. Se propone como diagnóstico CPEO-PLUS, se realiza biopsia muscular, que evidencia una miopatía mitocondrial.

Discusión: La MG ocular o generalizada con compromiso ocular puede simular una CPEO, pero la historia ayuda a distinguirlas. En MG por lo general hay debilidad muscular fluctuante con ptosis variable de inicio agudo o subagudo. En la CPEO el curso es crónico.

Conclusión: La CPEO es infrecuente y se puede presentar aisladamente o dentro de un síndrome. El diagnóstico es clínico, pero la biopsia muscular lo confirma. Es de curso crónico y progresivo, sin tratamiento curativo, se deriva para realizar manejo multidisciplinario.

Palabras clave: Oftalmoplejía Externa Progresiva Crónica, Miastenia Gravis, Miopatía Mitocondrial Ocular.

R-113

**SÍNDROME PSICÓTICO AGUDO EPILEPTIFORME
POSTERIOR A RESECCIÓN PARCIAL
DE MACROADENOMA HIPOFISARIO:
REPORTE DE UN CASO**

Felipe Zambrano V.¹, Nicolás Morales A.¹,Marian Avello M.¹, Valeria Pérez M.¹, Luis Vera F.²¹Interno/a, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.²Médico Cirujano, Becado de Medicina Interna, Hospital Barros
Luco Trudeau, Santiago, Chile.**RESUMEN**

Introducción: El adenoma hipofisario es una neoplasia benigna poco frecuente (3.65 por 100000 habitantes) cuya primera línea de tratamiento, a excepción del prolactinoma, es la resección quirúrgica por distintas vías. Las principales complicaciones postoperatorias son de tipo endocrinológicas. La actividad epileptiforme en pacientes con patología hipofisaria es poco común y en general es secundaria a alteraciones electrolíticas. Este caso aborda un síndrome psicótico agudo secundario a actividad paroxística temporal.

Presentación del caso: Mujer de 51 años con diagnóstico reciente de macroadenoma hipofisario no funcionante, ingresa para resección tumoral electiva vía transcraneal. Procedimiento sin incidentes, con salida a unidad de cuidados intensivos, presentando hemiparesia braquiocrural izquierda que resuelve en menos de 24 horas. Se realiza control con imagen, que muestra sangrado del sitio operatorio sin efecto de masa, definiendo conducta expectante. Evoluciona con delirio de persecución, alucinaciones auditivas y visuales persistentes. Se solicita electroencefalograma (EEG) que informa actividad paroxística interictal temporal derecha. Es evaluada por equipo de Neurología y Psiquiatría, quienes refieren síndrome psicótico secundario a actividad epileptiforme. Se inicia tratamiento con antiepiléptico con mejoría clínica, decidiendo alta con seguimiento ambulatorio.

Discusión-conclusión: Se destaca la importancia del abordaje multidisciplinario del trastorno psicótico. Diagnosticar una patología orgánica de base condiciona su manejo, su respuesta a tratamiento, e incluso su reversibilidad. Aunque el enfrentamiento inicial con exploración física y neurológica resulte normal, no descarta patología orgánica. De allí radica la necesidad de exámenes complementarios como perfil bioquímico, niveles de hormonas tiroideas,

electrolitos plasmáticos, e imágenes. Incluso, en algunos casos se considera realizar electroencefalograma. En conclusión, existen numerosas causas de psicosis aguda fuera de la esfera psiquiátrica, desde reacciones a fármacos, hasta trastornos neurológicos como encefalitis, eventos cerebro vasculares o crisis convulsivas parciales complejas como este caso. La reversibilidad de esta condición hace de suma importancia descartar cualquier patología orgánica de base.

Palabras clave: Neoplasias Hipofisarias, Trastornos Neurocognitivos, Trastornos psicóticos.

R-114

**MIELOPATÍA AGUDA POST OPERATORIO DE
ETIOLOGÍA INCIERTA. REPORTE DE UN CASO**

María Jesús Abrigo G.¹, Catalina Anelli L.¹,Constanza Vásquez C.¹, Catalina Petric P.¹,Sofía Abedrapo L.¹, Samir Yauhari R.²¹Interno de Medicina, Universidad Mayor, Santiago de Chile.²Médico cirujano, Becado neurología, Hospital Félix Bulnes
Cerde, Santiago de Chile**RESUMEN**

Introducción: La mielopatía post-quirúrgica es una complicación infrecuente pero desafiante. Se caracteriza por la afectación de la médula espinal después de procedimientos quirúrgicos, presentando una variedad de manifestaciones clínicas y etiologías inciertas. La presentación clínica inusual y la etiología poco clara complican el diagnóstico y manejo de estas condiciones postoperatorias, enfatizando la importancia de evaluaciones exhaustivas, ya que radica su importancia en su gravedad e incluso irreversibilidad, siendo posible tratarse con corticosteroides, fisioterapia o cirugías.

Presentación del caso: Paciente femenino de 69 años se realiza hemicolectomía derecha por Adenoma con displasia de alto grado en colon transversal de reciente diagnóstico. El primer día postoperatorio inicia con hemiplejía y hemiparesia en extremidades inferiores asimétricas, reflejos patelar y aquileo abolidos, hipotonía e hipoestesia termoalgésica bilateral con nivel sensitivo T12. Tras presentar compromiso de vía piramidal y espinotalámico lateral se sospecha de mielopatía torácica T10-T11 aguda sin etiología precisada. Se solicita electromiografía que informa polirradiculoneuropatía mixta aguda

severa de carácter axonal y predominio derecho. RM de columna total indica lesión intrarraquídea en T10-T11 de aspecto inespecífico y punción lumbar que descarta patología desmielinizante, infecciosa y neoplásica. Al no tener etiología clara, no se inicia terapia farmacológica y se indica manejo con neuro-rehabilitación logrando mejoría clínica, sin alteraciones sensitivas y deambulacion asistida.

Discusión-conclusión: La mielopatía aguda postoperatoria es relacionada generalmente a isquemia medular pero, presenta desafíos cuando la isquemia no es evidente. Es esencial la búsqueda de etiología en casos donde la cirugía y las neuroimágenes no revelan isquemia. En la evaluación debe considerarse la anestesia, tipo de cirugía, factores paraneoplásicos e infecciones no detectadas. A pesar de la etiología poco clara, la respuesta positiva a la neurorehabilitación y kinesioterapia, junto con el manejo no farmacológico, destacan la capacidad de recuperación funcional.

Palabras clave: mielopatía, post-quirúrgico, neuro-rehabilitación.

R-115

NEUROMIELITIS LONGITUDINALMENTE EXTENSA: REPORTE DE CASO

Catalina Fuchs G.¹, Josefina Camelio O.¹,
Felipe Berwart R.¹, María Constanza Soffia P.¹,
Carlos Flores M.²

¹Interno de VII año Medicina, Universidad de los Andes,
Santiago.

²Médico Neurólogo, Hospital Militar, Santiago.

RESUMEN

Introducción: La Neuromielitis Longitudinalmente Extensa (NMLE) es un trastorno neurológico agudo secundario a inflamación de un segmento o nivel de la médula espinal, se presenta con una pérdida motora y/o sensitiva rápida, de horas a semanas, a partir del nivel de la lesión hacia inferior. Frente a la clínica descrita, debe realizarse una Resonancia Magnética (RM) de cerebro y médula espinal para identificar y caracterizar las lesiones y descartar otras patologías, como Esclerosis Múltiple. Además deben realizarse exámenes de sangre y una punción lumbar, incluyendo anticuerpos anti acuaporina 4 (IgG-AQP4). Una vez realizado el diagnóstico debe

iniciarse tratamiento con corticoesteroides para detener y revertir la inflamación. En caso de no responder, existen otras terapias como plasmaféresis. Es de suma importancia que mientras se realiza el tratamiento farmacológico debe realizarse rehabilitación de la funcionalidad previa.

Presentación del caso: Mujer de 68 años sin antecedentes mórbidos comienza con parestesias de extremidades, que evoluciona en 1 semana con debilidad generalizada, hasta finalmente incapacidad para bipedestación y sedestación, por lo cual consulta. Al examen físico se evidencia tetraplejía simétrica, respuesta cutánea plantar indiferente bilateral e hipoestesia de las cuatro extremidades. Se realiza RM que informa NMLE Cervical-Dorsal, por lo que se hospitaliza para continuar estudio y tratamiento. Dentro de los exámenes destaca la presencia de IgG-AQP4. Se realiza tratamiento con glucocorticoides y luego con plasmaféresis, con buena respuesta. Actualmente presenta tetraparesia asimétrica, mayor en extremidades superiores, logrando bipedestación con ayuda.

Conclusión: La neuromielitis longitudinal extensa es una patología poco frecuente que se considera parte del espectro de la neuromielitis óptica. Se asocia a consecuencias clínicas relevantes, por lo cual debe ser sospechada para realizar su diagnóstico e iniciar tratamiento precoz, para mejorar su pronóstico y evitar recidivas.

Palabras clave: Neuromielitis óptica, Acuaporina 4, Mielitis transversa.

R-116

ENCEFALITIS AUTOINMUNE: UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO

Javiera García C.¹, María Consuelo González N.¹,
Daniel Gutiérrez D.¹

¹Interno de medicina, Universidad de Concepción.

RESUMEN

Introducción: La encefalitis autoinmune corresponde a una patología inmunomediada que causa inflamación del encéfalo por autoanticuerpos, y corresponde a una etiología de las demencias rápidamente progresivas, enfermedades que causan una alta morbilidad en los pacientes.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una mujer de 72 años previamente autovalente que consulta por un cuadro de un mes de evolución de alteraciones de la memoria, la marcha y del ciclo circadiano. Se solicitan exámenes de laboratorio que resultan dentro de la normalidad y tomografía axial computarizada de cerebro que muestra alteraciones de sustancia blanca y ganglios basales bilaterales. Se realizó punción lumbar que resultó con líquido cefalorraquídeo con proteinorraquia y pleocitosis, sin agentes infecciosos detectados. Se descartaron también otras etiologías de encefalitis. Por empeoramiento neurológico se realizó resonancia magnética nuclear de cerebro que mostró extensa encefalitis, planteándose la sospecha de encefalitis autoinmune e indicándose estudio de anticuerpos en líquido cefalorraquídeo, el que no fue posible de realizar por falta de reactivos. Pese a esto, se inicia manejo con corticoides e inmunoglobulina endovenosa, resultando en mejoría neurológica, sin alcanzar su estado basal.

Discusión: La encefalitis autoinmune es una enfermedad que se presenta con clínica de encefalitis y con un líquido cefalorraquídeo inflamatorio sin etiología infecciosa. Dentro de sus complicaciones se encuentran el deterioro cognitivo, la amnesia persistente e incluso el coma, cuyo riesgo aumenta con el retraso del tratamiento. Si bien se recomienda contar con estudio de anticuerpos para certeza diagnóstica, el no contar con ellos no debe retrasar el manejo frente a una clínica y exámenes altamente sugerentes, habiendo descartado otras etiologías.

Conclusión: A modo de conclusión, pese a ser una enfermedad poco frecuente, es importante de considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de encefalitis, pues un manejo temprano permite mejorar su pronóstico y evitar complicaciones.

Palabras clave: Autoanticuerpos, Encefalitis, Enfermedades autoinmunes del sistema nervioso.

R-117

CEFALEA EN TRUENO, MÁS ALLÁ DE SANGRADO INTRACRANEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina Román A.¹, Josefina Toro S.¹,
Pablo Calvo M.¹, Javiera Núñez V.¹

¹Universidad Mayor de Santiago, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Hospital Félix Bulnes Cerda.

RESUMEN

Introducción: La cefalea, un síntoma frecuente en la práctica clínica, abarca una amplia gama de trastornos que varían en su presentación y severidad. En la aproximación inicial, se deben identificar “banderas rojas”, dentro de las que destaca la presentación en trueno, caracterizada por inicio súbito que alcanza intensidad máxima en menos de 60 segundos.

La importancia radica en descartar hemorragia intracraneal, debido a su alta tasa de morbimortalidad. Sin embargo, existen diagnósticos diferenciales que habitualmente son omitidos y acarrear, también, alta morbimortalidad y tiempo-dependencia.

Presentación del caso: Masculino de 69 años con antecedentes de DM2, HTA y artritis psoriásica, acude a urgencia por cefalea opresiva frontal de inicio súbito, de intensidad máxima en 60 segundos y emesis explosiva. Niega fiebre y traumatismo. Al examen físico destacaba asimetría facial izquierda.

Ante sospecha de hemorragia subaracnoidea, se realizó TAC de cerebro sin contraste, que descarta sangrado.

Debido a que el paciente permanecía con dolor máximo tras horas de analgesia, se realizó TAC de cerebro con contraste y AngioTAC de cerebro donde se observa probable meningioma del tercio distal del ala esfenoidal.

Neurocirugía indica medidas neuroprotectoras y realizan exéresis tumoral. Finalmente, se logró resolver la cefalea y en biopsia se confirmó meningioma.

Discusión-conclusión: En la evaluación de la cefalea ictal, la búsqueda exclusiva de hemorragia intracraneal puede limitar el manejo y estudio de ésta. Una vez descartado el sangrado intracraneal, se debe considerar la existencia de diferenciales para el mismo síntoma, dentro de las que están las presentaciones atípicas de patologías neurológicas relativamente frecuentes, como lo es el meningioma, cuya morbimortalidad aumenta mientras más tardío es el diagnóstico. Un enfoque restringido puede conllevar a una evaluación clínica sesgada, lo que obstaculiza el diagnóstico y tratamiento adecuados para ofrecer alivio efectivo del dolor y prevenir complicaciones.

Palabras clave: Cefalea en trueno, meningioma; diagnóstico diferencial.

R-118

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL DE SÍNDROME DE MILLER-FISHER:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Benjamín Cabrera T.¹, Diego Villavicencio D.¹,
Bernardita Valenzuela O..¹, Braulio Pérez D.¹,
María Hidalgo C.², María González Q.³

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

²Interna de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad del Desarrollo.

³Médico Neuróloga, Unidad de Neurología Agudos,
Hospital San Juan de Dios.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Miller-Fisher (SMF) es una polineuropatía desmielinizante aguda autoinmune y la principal variante atípica del síndrome de Guillain-Barré (SGB) (5-22%). Se caracteriza por la triada de oftalmoplejía, ataxia e hiporreflexia/arreflexia, sin embargo, no es frecuente y se puede asociar a disestesias, parestias y afectación de otros pares craneales. Debido a su amplia presentación clínica y falta de elementos patognomónicos en exámenes, constituye un cuadro de difícil diagnóstico, requiriendo una alta sospecha clínica.

Presentación del caso: Mujer de 54 años, sin comorbilidades. Presenta 24 horas de evolución de mareo, cefalea hemicránea izquierda, pérdida de agudeza visual, diplopía y marcha inestable, de inicio insidioso y progresivo. Niega infecciones respiratorias y gastrointestinales previas. Al ingreso, estable hemodinámicamente. Al examen neurológico, pupilas midriáticas bilaterales hiporreflécticas, paresia de rectos mediales, ptosis bilateral con predominio izquierdo, parálisis facial central izquierda y arreflexia generalizada. Laboratorio general y neuroimágenes sin alteraciones, descartando lesiones agudas, crónicas y procesos expansivos. Sospechando SMF se realiza punción lumbar, destacando proteínas en límite superior normal y un leucocito mononuclear. Se hospitaliza en intermedio médico, se administran 5 ciclos de inmunoglobulina (0,4 g/Kg), con evolución favorable.

Discusión: El diagnóstico es principalmente clínico, con oftalmoplejía, ataxia e hiporreflexia/arreflexia, sin embargo, 78% presenta oftalmoplejía, 48% ataxia y 38% ambos, predominando una presentación incompleta. Adicionalmente, disestesias en extremidades,

ptosis, parálisis facial periférica, midriasis y disfagia. El antecedente de infección respiratoria o gastrointestinal está en un 72% y manifiesta síntomas neurológicos a los 8-10 días. Destacan *Campylobacter jejuni* (20%) y *Haemophilus influenzae* (8%). La disociación albumino-citológica tiene sensibilidad de 82-90% a las 2 semanas, pero 30% resulta normal la primera semana. Los anticuerpos anti-GQ1b están presentes en un 97,3% aunque también en oftalmoplejías agudas, SGB y encefalitis de Bickerstaff.

Palabras claves: Síndrome de Miller-Fisher, oftalmoplejía, ataxia, Síndrome de Guillain-Barré.

R-119

**ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Diego Ceballos A.¹, Víctor González A.¹,
Katherine Rodríguez I.¹, Valentina Machuna E.².

¹Interno de Medicina Universidad Católica de la Santísima
Concepción, Hospital Clínico Herminda Martín.

²Estudiante de Medicina Universidad Católica de la Santísima
Concepción, Hospital Clínico Herminda Martín.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una demencia de progresión rápida del grupo de las encefalopatías espongiiformes, que se relaciona con mioclonías y ataxia. Su incidencia es de 1-2 casos por cada millón de individuos. El diagnóstico se basa en evaluación clínica, electroencefalograma, análisis del líquido cefalorraquídeo y resonancia magnética cerebral. No obstante, la confirmación definitiva es con biopsia cerebral post mortem. El pronóstico es invariablemente fatal, por lo que el diagnóstico temprano representa el único medio conocido hasta el momento para proporcionar un alivio paliativo al paciente y su familia.

Presentación del caso: Paciente femenina de 57 años con antecedentes de dislipidemia, trastorno depresivo, glaucoma y amaurosis bilateral. Como antecedente familiar, padre nacido en Chillán, fallecido por ECJ. Es llevada al servicio de urgencias por cuadro de un mes de evolución de ataxia, temblor generalizado y disartria. Se inicia estudio con resonancia magnética cerebral que muestra hiperintensidad en imágenes ponderadas en T2 en cabezas de los núcleos caudados y en el núcleo lenticular derecho. Hallazgos que plantean la presencia de una afección

tóxico-metabólica o ECJ como diagnósticos diferenciales. Se realiza electroencefalograma, que revela patrón compatible con encefalopatía y descargas periódicas que son característicos de ECJ. En base a los resultados, se confirma el diagnóstico, iniciando tratamiento paliativo con el objetivo de brindar alivio en la progresión natural de la enfermedad.

Discusión-conclusión: La ECJ, es una patología neurodegenerativa fatal que ha sido investigada durante décadas. En su forma esporádica, no tiene base genética evidente y parece desarrollarse de forma aleatoria. Sin embargo, logra presentarse de forma hereditaria relacionada con mutaciones en el gen PRNP, asociación fundamental para comprender mejor la variabilidad clínica. Es importante en el diagnóstico la identificación precoz y el componente epidemiológico local, lo que avanzaría en la investigación en regiones con mayor prevalencia como Ñuble.

Palabras clave: Síndrome de Creutzfeldt-Jakob, Priones, Demencia.

R-120

PARCHE EPIDURAL CON INYECCIÓN AUTÓLOGA DE SANGRE COMO TRATAMIENTO PARA HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ESPONTÁNEA. REPORTE DE UN CASO

Joaquín Gálvez B.¹, Oriel Bravo A1 Florencia Lolas B.¹, Benjamín Watson H.¹, Vishal Mulchandani²

¹Interno de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago.

²Médico cirujano, Hospital El Carmen de Maipú, Santiago.

RESUMEN

Introducción: La hipotensión intracraneal espontánea (HIE) es una extraña patología causada por pérdida del líquido cerebro espinal (LCE) desde el canal espinal. Su incidencia es de 5 casos/100.000 años-persona. El síntoma principal es la cefalea ortostática. Pese a no ser considerada habitualmente como una patología que amenace la vida, puede llevar a morbilidad con consiguiente discapacidad a largo plazo, y en raras ocasiones, a compromiso de conciencia y coma. Su tratamiento es multidisciplinario, e incluye medidas conservadoras, percutáneas e incluso quirúrgicas en sus presentaciones más severas.

Presentación del caso: Mujer de 42 años consultada por cefalea ortostática holocraneana postural irradiada a región cervical posterior, de un mes de

evolución, intensidad EVA 5/10, asociada a tinnitus, fotofobia y fonofobia. Niega trauma, rinorraquia y procedimientos invasivos previos en columna y región cervical. Ingresó con exámenes de laboratorio normales y resonancia nuclear magnética cerebral que informa hipotensión cerebral y una fina colección epidural posterior cervicodorsal, secundaria a fístula de LCE. Se intenta tratamiento conservador no invasivo con descanso en decúbito supino prolongado por 2 semanas, sumado a comprimidos de cafeína cada 8 horas e infusión diaria de un litro de Ringer Lactato, sin respuesta. Posteriormente se realiza parche de sangre epidural administrando 20 ml de sangre autóloga en espacio epidural, con evolución clínica favorable. En imagen de control se evidencia disminución de colecciones subdurales crónicas y corrección de fístula de LCE tras terapia.

Discusión-conclusión: La HIE es una patología infrecuente. Tiene como tratamiento invasivo estándar el parche de sangre autóloga, que pese a que los estudios sobre esta terapia son insuficientes para proporcionar evidencia sólida en la práctica clínica, y tener evidencia limitada respecto a su eficacia con una tasa de respuesta entre un 29-90%, es una buena opción dada la baja tasa de efectos adversos y su fácil acceso.

Palabras clave: Reporte de caso, Cefalea ortostática, Hipotensión intracraneal, Parche de sangre epidural.

R-121

TORSIÓN TESTICULAR BILATERAL (TTB) DE PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicolás Gatica M.¹, Ernesto Salazar M.¹, Nicolás Diener C.¹, Francisca Figueroa S.¹, Fredy Vega S.², Stephanie Aguilera C.³

¹Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

²Residente de Urología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

³Médico General, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción: La TTB es una condición rara, presente en menos del 2% del total de torsiones testiculares. Se caracteriza por la torsión de ambos cordones espermáticos, conduciendo a una reducción de flujo y potencial pérdida del testículo. La mayor

cantidad de casos de TTB se da en neonatos, estando asociadas a anomalías anatómicas o trauma. El diagnóstico usualmente se hace a través de examen físico y ecografía para medir el flujo sanguíneo testicular. El tratamiento de esta patología se realiza a través de una cirugía para reposicionar el testículo y fijarlo para prevenir la recurrencia de esta.

Presentación del caso: Paciente de 37 años sin patologías crónicas, con antecedente quirúrgico de un descenso testicular por criptorquidia en la infancia, consulta por cuadro de dolor testicular progresivo de 7 días de evolución. Se realiza ecografía testicular que demostró torsión testicular izquierda con signos de infarto, leve hidrocele izquierdo, torsión derecha incompleta con perfusión distal conservada. Se decide exploración en pabellón con los siguientes hallazgos: Teste izquierdo con torsión en 360°, aspecto violáceo con trombosis de vasos gonadales, no viable. Teste derecho, que se encuentra con torsión en 180°, recupera aspecto vital una vez destorcido. Se procede a orquiectomía simple izquierda y pexia testicular derecha con eversión de túnica vaginal.

Discusión-conclusiones: La torsión testicular bilateral es una emergencia urológica presente en <2% de los casos, cuyas complicaciones a largo plazo incluyen atrofia testicular e infertilidad, por lo que requiere un alto grado de sospecha y seguimiento posterior. Sin embargo, a pesar de los datos epidemiológicos, se puede presentar de forma atípica como en el caso expuesto, teniendo que aumentar aún más el grado de sospecha ante una clínica sugerente. El tratamiento requiere intervención quirúrgica precoz al igual que la torsión unilateral.

Palabras clave: Enfermedades genitales, Torsión del Cordón Espermatógeno, Orquiectomía.

R-122

DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO COMPLICADO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisca Figueroa S.¹, Diego Herrera S.¹,
Valentina Espejo M.¹, José Miguel Alarcón S.²,
Cristóbal Lara G.³

¹Interno(a) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

²Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

³Residente de Urología, Servicio de Urología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción: Un divertículo uretral es una dilatación sacular localizada de la mucosa uretral hacia los tejidos no uroteliales circundantes, pudiendo ser simple, extenderse parcialmente alrededor de la uretra o envolverla completamente. Su incidencia real se desconoce, pero estudios documentados con autopsias estiman que varía de 0,6 a 5% en la población femenina de entre 30 y 50 años.

Presentación del caso: Paciente femenina, 46 años, con antecedentes de epilepsia, hipotiroidismo, apendicectomía y cesárea. Con clínica de dolor suprapúbico de larga data (>5 meses), disuria y secreción uretral, policonsultante en Hospital de Pucón desde 2019. Por cistoscopia frusta se solicita RNM pelviana para estudio; informa lesión quística que rodea uretra circunferencialmente midiendo 3 x 2,4 x 2,6 cm compatible con divertículo uretral. Ingres a lista de espera quirúrgica, pero por contingencia COVID-19 se retrasa procedimiento. Nuevo control imagenológico en octubre 2022 muestra persistencia de lesión quística de similares características. Se deriva a centro de referencia por complejidad quirúrgica. 21/09/23 Consulta por dolor genital intenso, polaquiuria, con examen de orina inflamatoria. Se hospitaliza por sospecha de divertículo uretral complicado. Control imagenológico informa aumento de tamaño hasta 4,3 x 3,6 x 4,2 cm con mayor efecto de masa. Completó tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 500 mg c/12hr por 14 días, con mejoría clínica. Actualmente a la espera de resolución quirúrgica.

Discusión-conclusiones: El divertículo uretral es poco común y requiere un alto nivel de sospecha, particularmente en mujeres con síntomas urinarios. Las causas descritas son infección recurrente de la glándula periuretral, traumatismo vaginal del parto y cirugía vaginal o uretral previa. El diagnóstico tardío puede favorecer la formación de cálculos uretrales, infecciones recurrentes e incluso transformación maligna, descrito en el 9% de los casos. El manejo puede ser conservador o quirúrgico. En el presente caso se decidió por resorte quirúrgico debido al dolor pélvico crónico.

Palabras Clave: Uretral, Divertículo, Disuria, Imagen por Resonancia Magnética.

R-123

**UROPERITONEO COMO POSIBILIDAD
DIAGNÓSTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Marcelo Espinoza P.¹, Ignacio Figueroa L.¹,
Diego Rogel M.¹, Claudio Carrasco S.²,
Esteban Chávez R.³

¹Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello,
Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

²Interno de Medicina, Universidad San Sebastián,
Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

³Becado de Cirugía General, Universidad de Concepción,
Servicio de Salud Bío Bío, Hospital CAVRR.

RESUMEN

Introducción: El uroperitoneo o ascitis urinaria es una entidad rara que se define como la presencia de orina en la cavidad peritoneal. Este es un cuadro de etiología variable, infrecuente y clínica inespecífica que requiere de una aproximación minuciosa y alta sospecha.

Presentación del caso: Paciente 60 años con antecedentes de cáncer prostático en mal control, consulta por 9 días de adinamia y anorexia. Acude con exámenes de laboratorio realizados previamente, destaca creatinina 5,7 uremia 152. Se realizan exámenes destacando creatinina 7,4, BUN 86 y Antígeno Prostático Específico >100.000. Sin diuresis, al examen abdominal destaca globo vesical, se indica TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste, donde se evidencia lesiones blásticas en cuerpos vertebrales, lumbares sacro y alas ilíacas, adenopatías retroperitoneales hallazgos sugerentes de vejiga de lucha y posible uroperitoneo. Se rescató urocultivo y hemocultivos resultando positivo para E. Coli, recibiendo tratamiento antibiótico con imipenem. Se diagnostica AKI post renal, ITU y bacteriemia, descartando uroperitoneo, como manejo se logra instalar sonda Foley con mejoría de creatinina de forma progresiva. Por buena evolución, tres días después se decide traslape antibiótico a vía oral y control ambulatorio.

Discusión: Como diagnóstico existen opciones como medición de creatinina en líquido peritoneal, en suero y su gradiente. En el presente caso se privilegió el tratamiento médico de la AKI, ITU y bacteriemia, presentando una buena evolución, descartando uroperitoneo.

Conclusión: La incidencia de uroperitoneo es desconocida, solo se encontró reportes y series de

casos en la literatura. La etiología más frecuente de esta entidad es la ruptura traumática de la vejiga, otras causas infrecuentes como: causas de aumento de volumen vesical en condiciones específicas o ruptura espontánea. Este caso se descarta uroperitoneo y se realizó manejo médico, presentando una buena evolución.

Palabras claves: Ascitis urinaria, cáncer de próstata, globo vesical, bacteriemia.

R-124

**TUMOR RENAL ASOCIADO A UROLITIASIS.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Sofía Monsalve S.¹, Javiera Sandoval A.¹,
Vania Sepúlveda Z.¹, Francisca Urrutia P.¹, Cristóbal Lara G.²

¹Interna Medicina, Universidad de la Frontera.

²Residente Urología, Universidad de la Frontera.

RESUMEN

Introducción: El cáncer renal representa actualmente el 2 al 3% de todos los cánceres, siendo en el 90% de los casos el carcinoma de células renales (CCR). Afecta dos veces más a hombres que a mujeres, la edad promedio de presentación es entre los 60 y 70 años. Son importantes factores de riesgo el tabaco, la obesidad y la hipertensión arterial. La litiasis urinaria es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de tumores renales malignos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 82 años, con antecedente de urolitiasis proximal izquierda, consulta por historia de dolor abdominal y lumbalgia de 1 año de evolución, asociado a episodios de macrohematuria intermitente autolimitada. UroTAC: tumor renal izquierdo de aspecto maligno con desarrollo de circulación colateral portorrenal, urolitiasis izquierda proximal izquierda 16 mm, exámenes de laboratorio dentro de límites normales. En conjunto con equipo de urología, se decide nefrectomía radical izquierda ampliada, incluyendo ganglios. Por buena evolución se da de alta. Biopsia tumor: carcinoma de células renales, moderadamente diferenciado.

Discusión: Los cálculos de la vía urinaria superior son un factor de riesgo conocido para el desarrollo de tumor maligno de sistema colector, uréter y vejiga, aumentando el riesgo 2,7-3,96 veces más. El mecanismo exacto por el que los cálculos se relacionan

Resúmenes

J. health med. sci., 9(clinical cases):123-194, 2023.

con malignidad no se ha comprobado, pero la teoría más aceptada actualmente es la inflamación crónica y la irritación de la mucosa, lo que produce cambios morfológicos a nivel celular.

Conclusión: El cáncer renal es poco frecuente, habitualmente poco sintomático. Se describen diversos

factores de riesgo. Es importante sospechar esta neoplasia en caso de síntomas, asociado a antecedentes importantes, dentro de los cuales se encuentra la litiasis urinaria.

Palabras clave: Neoplasias Renales, Urolitiasis, Factores de Riesgo.



**II JORNADA MÉDICO QUIRÚRGICA
UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
2023**

JURADOS COMPETENCIA CIENTÍFICA

Dra. Sylvia Riquelme Quintana
Dr. Alex Araya Morales
Dr. Gonzalo Peralta Jiménez
Dr. Iván Criollo Miranda
Dr. Juan C. Maturana Arancibia
Dra. Andrea Bravo Castro
Dra. María Jesús Acuña
Matrona María José Zaldívar
Dra. Vilma Mansilla Guevara
Dra. Maggir Monzones Vázquez
Dr. Pedro Hecht López
Dr. Fabián Arce Tamblay
Dra. Grace Toro Becerra
Dra. Adriana Sapiro Santalla
Dr. Daniel Moraga Muñoz
Dr. Rafael Donoso Vásquez

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES A:

Claudio Santander Zaines, Apoyo gráfico
Matías Garrido Muñoz, Audio y Comunicaciones
Bruno Carvajal Adasme, Audio y Comunicaciones
Nayeli Aguayo Negrete, Logística y plataformas
Juan Carlos Maturana, Expositor
Sebastián Ramírez, Urgenciólogo VAE UC, Expositor
Andrea Larrazábal, Decana FAMED UTA