



2020

LIBRO
RESUMEN

JORNADA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE
MEDICINA
DE LA IX REGIÓN

ÍNDICE

01



CASOS
CLÍNICOS

02



TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN

03



REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA



CASOS CLÍNICOS



SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE MOYAMOYA EN PACIENTE CON DISECCIÓN DE CARÓTIDA INTERNA, REPORTE DE CASO.

Autores: A. Morales¹, M. González¹, N. Paredes¹, R. Quintana¹. **Tutor:** M. Gómez².

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Moyamoya (EM), es una patología crónica extremadamente rara¹, caracterizada por presentar estenosis progresiva del Polígono de Willis y arterias carótidas internas con formación de vasos colaterales tipo “bocanada de humo” en la Angiografía digital cerebral (ADC)². Respecto a su clínica y complicaciones, en la infancia se asocia a eventos isquémicos, y en el adulto prevalecen los episodios hemorrágicos³.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 31 años con antecedente de 2 ataques cerebro vasculares isquémicos hace 3 meses, en tratamiento con aspirina y atorvastatina.

Consulta por cefalea de inicio agudo, no ictal, fronto-occipital acompañado de visión borrosa e hipoestesias en el brazo izquierdo. Al examen neurológico, paciente con Glasgow 15, sin otras alteraciones.

Se realiza angiotomografía computarizada de cerebro, que sugiere hipoplasia de arteria carótida interna derecha con desarrollo de circulación, sugere enfermedad de Moyamoya. Se hospitaliza para manejo, se realiza nuevo scanner de cerebro que sugiere un nuevo evento isquémico. Se inicia tratamiento con terapia anticoagulación oral y posterior control con neurología.

DISCUSIÓN:

El Gold standard para el diagnóstico de la Enfermedad de Moyamoya es la angiografía digital cerebral (ADC)⁴. Conlleva a hipoxia cerebral con angiorremodelación y accidentes cerebrovasculares que finalmente llevan a la discapacidad. En este caso se describe la etapa isquémica y la disección carotídea, cuadro compatible con la progresión de la enfermedad. Paciente evoluciona con mejoría clínica y actualmente se encuentra en lista de espera para realización de ADC.

CONCLUSIÓN:

Debido a la baja incidencia mundial, la Enfermedad de Moyamoya no es considerada como un diagnóstico diferencial en eventos cerebrovasculares, sin embargo, debe sospecharse en niños y adultos jóvenes, particularmente aquellos sin factores de riesgo³. Es importante considerar la alta incidencia de deterioro cognitivo y retraso mental irreversible, que, con estudio temprano, manejo oportuno y posterior diagnóstico puede tener una buena esperanza de vida.

Palabras clave: Angiografía Cerebral, Disección de la Arteria Carótida interna, Enfermedad de Moyamoya.

¹Interno(a) Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

²Médico cirujano en Etapa de Destinación y Formación, Hospital DR. Arturo Hillerns Larrañaga.

QUISTE HIDATÍDICO PERITONEAL PRIMARIO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: F. Córdova¹, R. Peña¹, J. Barra¹, L. Ruiz¹, R. Vega².

RESUMEN:

La hidatidosis es una parasitosis ocasionada por el estado larval del cestodo *Equinococcus*. En Chile es una enfermedad endémica con una incidencia entre 1,41 y 2,47 casos en 100000 habitantes. En pacientes pediátricos los pulmones y el hígado son el sitio más frecuente de aparición (90%). La hidatidosis peritoneal es una localización inusual. No se reportan casos a nivel nacional de hidatidosis peritoneal primaria. Se presenta el caso de un varón de 6 años, en tratamiento por constipación. Acudió por cuadro de 2 semanas de ausencia de deposiciones, vómitos y dolor en hemiabdomen inferior. Al examen físico destacó una masa palpable en fosa ilíaca izquierda. Laboratorio sin alteraciones. Radiografía de abdomen y pelvis impresionó masa sugerente de fecaloma, sin otra signología. Se hospitalizó para manejo y estudio, descartándose enfermedad celíaca e hipotiroidismo. En 12 horas progresó con aumento de dolor. Ecografía abdominal mostró signos de obstrucción intestinal. Por evolución tórpida se ingresa a pabellón de urgencia, donde se evidenció una masa por anterior al recto descartándose un fecaloma. Se realizó laparotomía exploradora extirpándose masa redondeada, bien delimitada, que comprime asas intestinales, sin compromiso vascular, enviándose a biopsia. Evolucionó satisfactoriamente dándose la alta médica al cuarto día de hospitalización. Biopsia diferida informó quiste hidatídico de tejido peritoneal. Durante seguimiento se descartó compromiso de otros órganos. Serología negativa para hidatidosis.

La hidatidosis peritoneal primaria representa menos del 2% de las hidatidosis intraabdominales. En este caso, no se encontraron quistes en otros órganos abdominales, desarrollándose desde el principio en peritoneo. La correlación clínica y epidemiológica más los hallazgos imagenológicos determinan un diagnóstico oportuno. La cirugía sigue constituyendo el tratamiento de elección. En conclusión, esta entidad al ser una patología frecuente, pero en un sitio inusual debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas intraabdominales en edad pediátrica.

Palabras claves: echinococcosis, obstrucción intestinal, peritoneo.

Correspondencia: Fernando Córdova Mansilla. Dirección: Barros Arana 2121, Osorno, Región de Los Lagos.

Correo: fecordov@gmail.com

¹Interno(a) de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

²Cirujano infantil, Servicio de Pediatría y Cirugía infantil, Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A COLECISTITIS AGUDA CON SOSPECHA DE NEOPLASIA VESICULAR, REPORTE DE CASO.

Autores: J. Agouborde¹, M. Allende¹, R. Castro¹, A. Godoy¹, M. Alanis²

INTRODUCCIÓN:

El absceso hepático (AH) es una complicación infrecuente de la colecistitis aguda (CA), con una incidencia que ha disminuido por la introducción de colecistectomía precoz y uso de antibióticos a un 0,8-3,2% de CA.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 82 años, diabético e hipertenso, consultó por cuadro de 4 días de dolor hipogástrico asociado a fiebre, fue manejado como pielonefritis aguda con antibióticos de forma ambulatoria, tras lo cual evolucionó con persistencia de síntomas y alza de parámetros inflamatorios. Ingresó hemodinámicamente inestable. Al examen destacaba dolor a la palpación de hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste impresionó CA complicada con AH, y probable cáncer de vesícula. Por edad y comorbilidades del paciente se decidió iniciar antibióticos y realizar drenaje percutáneo (DP) del absceso. Biopsia diferida descartó neoplasia. Evolucionó de forma favorable, por lo que fue dado de alta.

DISCUSIÓN:

El AH, a pesar de ser infrecuente, presenta una mortalidad de hasta un 24%, por lo que debe ser identificado precozmente. El diagnóstico diferencial con neoplasia biliar es difícil, en oportunidades sólo puede ser realizado mediante la histología. El DP ha sido el tratamiento de elección para AH durante la última década con una tasa de éxito reportada de 84%, sin embargo al estar asociado a CA, el tratamiento definitivo es la colecistectomía. En este caso, donde existe alto riesgo quirúrgico, la DP surge como una opción diagnóstica y terapéutica que además permitió descartar neoplasia biliar.

CONCLUSIÓN:

El AH es una patología infrecuente, la cual se asocia a consulta tardía. La sospecha temprana es de suma importancia para realizar un manejo inicial oportuno y así disminuir la morbimortalidad. En pacientes inestables la DP permite diferir el tratamiento quirúrgico con el fin de disminuir los riesgos intra y postoperatorios.

Palabras clave: Absceso hepático, colecistitis aguda, colecistostomía.

Correspondencia: Javiera Agouborde Kuncar. Universidad de la Frontera.

Correo: javii.agouborde@gmail.com

¹ Interno de Medicina, Universidad de La Frontera.

² Médico cirujano, Cirujano General, Universidad de La Frontera. Hospital Hernán Henríquez Aravena.

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA, REPORTE DE CASO.

Autores: R. Salazar¹, M. Peña¹, A. Salazar¹, R. Torres¹, D. Salgado².

INTRODUCCIÓN:

La Pielonefritis Enfisematosa (PNE) es una infección aguda severa poco frecuente, caracterizada por presencia de gas en el parénquima renal, sistema colector o tejidos perirrenales. El microorganismo asociado más frecuentemente es *Escherichia coli*. Existe mayor prevalencia entre 50 a 60 años, sexo femenino y la Diabetes Mellitus es un factor asociado importante.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 59 años, historia clínica solicitada mediante Consentimiento Informado, antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus (DM) tipo II insulino requiriente y Obesidad, presenta cuadro de inicio brusco de dolor en fosa renal derecha que irradia a región inguinal, asociado a náuseas y vómitos. Manejado inicialmente como cólico renal. Consulta 24 horas después por persistencia de cuadro, agregando compromiso del estado general. Ingresa febril, taquicárdica, tendiente a hipotensión. Derivada a centro de mayor complejidad, se realiza PieloTAC, evidencia hidronefrosis a derecha, con neumonefrosis, sin imagen evidente de litiasis. Exámenes destaca HGT 201, Leucocitos/Neutrófilos 9760/87.4%, PCR 383.8, Creatinina 2.57, Urocultivo (+) *Escherichia coli*. Se deriva a hospital terciario para continuar manejo, donde se decide instalar catéter doble J derecho, dando salida a abundante líquido purulento. Es trasladada a UTI para continuar manejo médico.

DISCUSIÓN:

El cuadro clínico puede ser indistinguible de otras infecciones de vías urinarias, siendo importante para el diagnóstico diferencial la Tomografía Axial Computarizada (TAC). Como tratamiento debe considerarse la antibioterapia sistémica junto con el cateterismo percutáneo, que drena gas y material purulento, resolviendo la obstrucción del tracto urinario.

CONCLUSIÓN:

La PNE es una enfermedad poco frecuente, puede llevar a un cuadro séptico severo con resultado de muerte, por lo que deben conocerse sus signos clínicos para la sospecha. Destaca la importancia de la TAC para un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.

Palabras Clave: Pielonefritis, pielonefritis enfisematosa, diabetes mellitus.

Correo: r.salazar05@ufromail.cl

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

²Interno Medicina General, Universidad de La Frontera, Temuco - Chile.

SEGUNDO EPISODIO DE NEURITIS ÓPTICA RETROBULBAR IZQUIERDA EN PACIENTE PEDIÁTRICA.

Autores: R. Torres¹, A. Salazar¹, M. Peña¹, R. Salazar¹, M. Soto².

INTRODUCCIÓN:

La neuritis óptica es una patología infrecuente en pacientes pediátricos, generalmente posterior a un cuadro infeccioso o febril, su clínica clásica es dolor ocular, pérdida de campo visual y/o percepción cromática. Puede originarse por enfermedades localizadas o como primera manifestación de patologías sistémicas como neuropatías, enfermedades autoinmunes o síndromes genéticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 11 años y 6 meses, con antecedente de neuritis óptica retrobulbar izquierda presenta cuadro de 5 días de disminución rápidamente progresiva de agudeza visual y percepción del color, evolucionando hasta amaurosis de ojo izquierdo, asociado a dolor ocular izquierdo de intensidad creciente con cefalea temporal ipsilateral, sin respuesta a analgesia. Destaca al examen físico amaurosis del ojo izquierdo. Se administra metilprednisolona 25 mg/kg/día.

Se estudia con Resonancia magnética cerebral con protocolo de esclerosis múltiple sin hallazgos patológicos, estudio inmunológico destaca C4 de 7,3 mg/dL. Evoluciona en favorables condiciones clínicas sin sintomatología oftalmológica, trasladando a prednisona al 5 día para completar tratamiento y estudio ambulatorio. Seguimiento 5 meses después, paciente asintomática, estudio con inmunología negativo y subpoblaciones linfocitarias normales.

DISCUSIÓN:

La neuropatía óptica aguda en infantes es inhabitual, más aún la recidiva, lo que enfatiza el estudio de pacientes como el presentado, dado que puede indicar evolución a una condición sistémica, sin embargo, el estudio imagenológico e inmunológico fueron negativos, por lo que apremia la diligencia en controles posteriores para tratamiento oportuno.

CONCLUSIÓN:

La neuritis óptica, aunque rara en edad pediátrica, es una patología que debe ser estudiada debido a que puede suponer una patología local como sistémica, cuya pesquisa precoz prevendrá la comorbilidad futura.

Palabras Clave: Neuritis óptica, niño, esclerosis múltiple, enfermedad autoinmune.

Correo: a.salazar02@ufromail.cl

¹Interno Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.

²Médico Becado de Pediatría, Universidad de la Frontera, Temuco.

PIODERMA GANGRENOSO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA VARICOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: C. Otarola¹, C. Heilenkotter², C. Radtke², F. Perez², B. Leal³, M. Maldonado⁴.

INTRODUCCIÓN:

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica ulcerosa de la piel, poco frecuente de aproximadamente 3-10 casos por millón al año, de etiología desconocida. Tiene diversas manifestaciones clínicas, la más característica es una pústula que evoluciona rápidamente a una úlcera dolorosa. La histopatología es inespecífica, la sugiere la presencia de infiltrado de neutrófilos en la piel, en ausencia de infección. Usualmente se asocia a enfermedades sistémicas, principalmente de tipo autoinmune. Las terapias inmunomoduladores son el pilar de su tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 67 años, hipertensa, con artritis reumatoide y várices en miembros inferiores, derivada a dermatología por dermatosis localizada en tercio inferior de pierna izquierda, caracterizada por úlcera de centro granuloso, bordes violáceos, circinados y bien definidos, muy dolorosa, de 15 por 5 cm de diámetro y de 4 años de evolución, pero con rápido crecimiento en los últimos 2 meses. Evaluada anteriormente como úlcera varicosa con mala respuesta a curaciones de enfermería. Ante la sospecha de pioderma gangrenoso, se solicitaron exámenes de sangre, como hemograma e inmunológicos, y biopsia de piel, la cual no fue concluyente. Se manejó en primera instancia con curaciones avanzadas y 60 mg de prednisona diarios por 2 semanas, para disminuir dosis gradualmente, con respuesta favorable y evidente mejoría del dolor.

DISCUSIÓN:

Se presenta una paciente tratada por años como úlcera venosa, remitida tardíamente a dermatología, quien ofrece diagnóstico diferencial importante. En este caso, la biopsia fue no concluyente probablemente debido al inicio de inmunosupresores previo a la toma de muestra. Sin embargo, su pronta mejoría con la terapia nos orienta clínicamente hacia pioderma gangrenoso.

CONCLUSIÓN:

El pioderma gangrenoso es una enfermedad poco frecuente que se debe sospechar ante úlcera de rápida evolución que no mejora con tratamiento local. Es importante ilustrar sobre esta enfermedad para contribuir a un reconocimiento precoz y manejo adecuado de esta patología.

Palabras clave: Pioderma gangrenoso, úlcera, úlcera varicosa.

Correspondencia: Carolina Otárola Fuentes.

Correo: caro_ihm@hotmail.com

¹Estudiante de 5to año Medicina, Universidad Mayor Temuco.

²Interno de 7mo año Medicina, Universidad Mayor Temuco.

³Dermatólogo de Hospital Intercultural de Nueva Imperial.

⁴Médico cirujano, docente Universidad Mayor Temuco.

ASMA EOSINOFILICA SEVERA SECUNDARIA A TOXOCARIASIS. REPORTE DE UN CASO.

Autores: David Kelch G.¹, Gonzalo Luengo O.¹, Felipe Pérez V.¹, Ricardo Acle I.², Dr. Fuad Param Abufarne.³, Dr. Bastián Abarca Correa⁴.

INTRODUCCIÓN:

La toxocariasis es una infección parasitaria por ingestión de larvas del helminto *Toxocara*. En Chile la mayor seroprevalencia ocurre en niños de zonas rurales (22%). Se caracteriza clínicamente en adultos por debilidad, prurito, rash, dolor abdominal y asma, asociado a eosinofilia, o bien asintomático.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina rural de 37 años, con antecedentes de atopía en la infancia y asma diagnosticada hace 5 años, tratada con salmeterol/fluticasona y salbutamol SOS. Presenta hace 1 año cuadro de neumonía atípica tratada con claritromicina, sin mejoría y con disminución de la capacidad funcional. Posteriormente, presenta cuadros obstructivos febriles recurrentes, tratados infructuosamente con amoxicilina, azitromicina, corticoides, quinolonas y fármacos broncodilatadores. Debido a esto, se agregan múltiples fármacos broncodilatadores, prednisona vía oral y montelukast a su tratamiento crónico, con moderada respuesta. Se hospitaliza para descarte de vasculitis de Churg-Strauss. Exámenes: eosinofilia 19%; ANA, ENA, ANCA, PR3, MPO negativos; complemento normal, PCR y VHS normales; serología VIH negativa; JAK2, BCR-ABL1 negativos; IgE e IgG para *Aspergillus* negativos. Es derivada al Hospital del Tórax, siendo estudiada nuevamente. Destaca parasitológico en plasma positivo para *Toxocara canis* y *cati*. Se inicia tratamiento de toxocariasis con mebendazol, con mala tolerancia al fármaco, por lo que se inicia albendazol por 7 días, con buena respuesta sintomática. Es dada de alta y al siguiente control la paciente retoma tratamiento crónico habitual.

DISCUSIÓN:

La toxocariasis puede presentarse como un cuadro de asma en adultos, o como exacerbación de esta. Es importante considerar que el cuadro clínico se puede presentar mucho tiempo después de la ingestión de huevos infectivos. Los pacientes atópicos tienden a experimentar cuadros más severos.

CONCLUSIÓN:

Se debe considerar la toxocariasis como diagnóstico diferencial de asma eosinofílica, en particular en casos de exacerbación reciente del cuadro crónico, tras haber descartado causas más frecuentes.

Palabras clave: Asma, toxocara, eosinofilia.

¹Interno Medicina Universidad Mayor, Temuco.

²Interno Medicina Universidad San Sebastián, Puerto Montt

³Médico Cirujano, Hospital San José de Victoria, Universidad Mayor, Victoria.

⁴Médico internista, Hospital San José de Victoria, Universidad Mayor, Victoria.

SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO ASOCIADO A LA ADMINISTRACIÓN DE OLANZAPINA. CASO CLÍNICO.

Autores: D. Kelch¹, G.Luengo¹, N. Luengo², R. Acle², Dr. F. Param³.

INTRODUCCION:

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una urgencia médica infrecuente, pero potencialmente fatal. La incidencia mundial varía del 0.4 al 2.4%, más frecuentemente entre los 20 a 50 años, levemente mayor en hombres. Se caracteriza por una triada sintomática de hipertermia, encefalopatía y rigidez muscular, donde las alteraciones de conciencia son predominantes. Es producida por una alteración en la neuroregulación central de dopamina inducida por antipsicóticos y medicamentos con acción dopaminérgica.

PRESENTACION DEL CASO:

Paciente masculino de 23 años, sin antecedentes mórbidos, presenta episodio maniaco de 1 semana de evolución, diagnosticándose trastorno afectivo bipolar tipo 1. Se inicia tratamiento con olanzapina 10 mg/día y carbonato de litio 300 mg cada 12 horas. Tras una semana, progresa con cuadro de agitación, cervicalgia, mialgias y constipación de 4 días de evolución, asociado a fiebre hasta 38,5°C. Exámenes de laboratorio destacan: Leucocitos 11.400 mm³, PCR 75 mg/L y CK 874 U/L.

Se diagnostica SNM, y se hospitaliza en servicio de psiquiatría. Ingresa en regulares condiciones generales, rígido, sin expresión facial, no gesticula, con actitud paranoide. Se decide suspender olanzapina, se inicia administración de fluidos y medidas antipiréticas físicas asociadas a paracetamol. Evoluciona favorablemente, con normalización de parámetros en exámenes de sangre y signos vitales.

DISCUSIÓN:

El SNM es una complicación neurológica grave e infrecuente. Su mortalidad alcanza hasta un 20% de los casos no tratados precozmente.

Ante la sospecha diagnóstica se debe suspender el medicamento causante e iniciar las medidas generales de tratamiento.

CONCLUSIÓN:

El SNM es una entidad muchas veces subdiagnosticada debido al poco conocimiento sobre su cuadro clínico, y a su baja incidencia en población general. Es de suma importancia la sospecha en todo paciente con antecedentes de consumo de antipsicóticos y cuadro de fiebre, rigidez y elevación de la CK posterior a la ingesta. El tratamiento esencial depende del pronto reconocimiento y suspensión del fármaco.

Palabras clave: Síndrome neuroléptico maligno, encefalopatía, antipsicóticos.

Correo: davidkelch3@gmail.com

¹Interno Medicina Universidad Mayor, Temuco.

²Interno Medicina Universidad San Sebastián, Puerto Montt.

³Médico Cirujano, Hospital San José, Universidad Mayor, Victoria.

HIPERTRIGLICERIDEMIA GESTACIONAL SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: P. Barra¹, M. Sandoval¹, E. Palet¹, J. Monsalve¹, N. Castagnoli².

INTRODUCCIÓN:

Durante el embarazo existe aumento fisiológico de triglicéridos, acentuado en el tercer trimestre. Valores plasmáticos sobre percentil 90 para la edad gestacional se consideran hipertrigliceridemia, siendo severa cuando el valor supera los 1000 mg/dl. La hipertrigliceridemia gestacional (HTG) posee incidencia desconocida, de etiología multifactorial, generalmente asociada a síndromes genéticos de asociación familiar. Se asocia a alto riesgo obstétrico (ARO), justificando necesidad de manejo activo. Se presenta el siguiente caso de HTG no genética, no familiar, sin otros factores predisponentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 29 años, múltipara de 3, cursando embarazo de 32+4 semanas, derivada al hospital regional por cuadro de dolor hipogástrico de 1 día de evolución, asociado a hipertrigliceridemia (2052 mg/dl) e hipercolesterolemia (567 mg/dl). En la anamnesis sin antecedentes relevantes, hemodinámicamente estable y examen obstétrico normal.

Ingresó al servicio de ARO, manejándose con enoxaparina en dosis profiláctica y régimen 0 por 2 días. Luego se indicó dieta hipoglucémica e hipolipemiante más Omega 3 vía oral (VO). Presentó buena respuesta, disminuyendo valor de triglicéridos, decidiéndose alta con control ambulatorio.

DISCUSIÓN:

Generalmente la HTG está asociada a dislipidemia pre-existente y en ocasiones a diabetes mellitus. Existen situaciones poco frecuentes en donde no hay factores predisponentes que expliquen la patología, como el caso descrito.

Constituye una patología de ARO al asociarse a complicaciones potencialmente mortales como preeclampsia, pancreatitis aguda, síndrome de hiperviscosidad y macrosomía fetal.

El manejo debe ser oportuno y multidisciplinario. Es escalonado, iniciándose con dieta hipolipídica y Omega 3 VO. Para casos refractarios considerar insulina endovenosa, fibratos y plasmaféresis. El uso de heparina es controversial, sin evidencia que demuestre que beneficios superan riesgos.

CONCLUSIÓN:

La HTG es una patología infrecuente y pese a ser de ARO, existe poca evidencia en la literatura, requiriendo estudio acucioso y actualizado. Esto, con el fin de lograr adecuada sospecha, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Hipertrigliceridemia, embarazo, complicaciones del embarazo.

Correspondencia: Paulina Verónica Barra Ortiz, Pedro de Valdivia 390, Temuco, Chile.

Correo: pbarraortiz@gmail.com

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

²Médico Gineco-Obstetra, Hospital Hernan Henríquez Aravena, Temuco.

ERITEMA INDURADO DE BAZIN. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autores: E. López¹, V. Sepulveda², C. Cardenas-Gongora³.

INTRODUCCIÓN:

El eritema indurado de Bazin es una paniculitis producida por vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre, debido a una reacción de hipersensibilidad a *Mycobacterium tuberculosis* o a sus antígenos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 74 años de sexo femenino con antecedente de HTA y DM tipo II, consulta en nuestro hospital por cuadro de 2 años de evolución caracterizado por la aparición de lesión tipo placa indurada en tercio distal de pierna derecha, indolora y sin otros síntomas acompañantes. Se interpretó como una celulitis y se manejó con antibióticos, pero llamaba la atención al examen físico la palpación de una zona pétreo al centro de la lesión; se solicitó una ecotomografía Doppler y de partes blandas que fue informada como una lesión nodular dérmica. Se tomó biopsia: compromiso cutáneo de predominio profundo con paniculitis de tipo lobulillar. Reacción granulomatosa con células gigantes multinucleadas y necrosis grasa. Se realizó estudio complementario con radiografía de tórax (normal), PPD (12 mm), tinción Ziehl Nielsen (negativa), GeneXpert para *M. tuberculosis* (negativo) y cultivo de Koch (negativo). Se diagnosticó como eritema indurado de Bazin y se realizó tratamiento antituberculoso, con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN:

El eritema indurado de Bazin es una tuberculosis nodular hipodérmica. Afecta a mujeres en la edad media y son factores predisponentes la insuficiencia venosa, el frío y la humedad. Los nódulos se localizan preferentemente en la zona posterior de las piernas y suelen ser múltiples, dolorosos a la presión y evolucionan de modo crónico y recidivante. El tratamiento consiste en medidas de reposo, evitar el frío y antituberculosos.

CONCLUSIONES:

La tuberculosis es una enfermedad reemergente debido a la pandemia del SIDA y el uso de terapias inmunosupresoras potentes con citotóxicos y terapias biológicas. Es necesario tener alto índice de sospecha para realizar diagnóstico e iniciar tratamiento antituberculoso.

Palabras clave: eritema indurado, tuberculosis cutánea, paniculitis.

Correspondencia: Edinson Lopez Bravo. Universidad de la Frontera, Prieto Norte 395 Temuco, Chile.

Correo: e.lopez03@ufromail.cl

¹Interno Medicina Universidad de La Frontera.

²Alumna Medicina Universidad de La Frontera.

³Becada Medicina Interna Universidad de La Frontera.

INFARTO RENAL COMO PRESENTACION DE ENDOCARDITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: E. Lopez¹, V. Sepúlveda², C. Cárdenas-Góngora³.

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis infecciosa es una infección del endocardio habitualmente de causa bacteriana. Más de la mitad de los casos ocurren en pacientes sin enfermedad cardíaca conocida. A pesar de un manejo óptimo, la mortalidad se acerca al 30% a 1 año.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 41 años sin antecedentes mórbidos, tabaco(-), OH(-), drogas(-). Consulta en urgencias por dolor abdominal súbito. La anamnesis reveló historia de 2 meses de astenia, adinamia, baja de peso y cefalea. Al examen físico destacaba sudoroso, afebril (36°C), PA 117/56 mmHg, FC 80 lpm; hemorragias en astilla y manchas de Janeway; soplo diastólico IV/VI en foco aórtico; abdomen doloroso a la palpación mayor en flanco derecho. Exploración neurológica sin alteraciones. Se solicitó TC abdomen y pelvis con contraste que mostro infarto renal derecho. Por sospecha de endocarditis se realizó ecocardiograma que mostró válvula aórtica con vegetación de 2 cm e insuficiencia severa confirmando el diagnóstico. Se tomaron 6 hemocultivos (negativos) y se inició tratamiento antibiótico cefazolina + ampicilina + gentamicina. Se realizó recambio valvular con prótesis biológica. Cultivo de la válvula (-). Completó 3 semanas de tratamiento con buena evolución por lo que se decidió alta y control ambulatorio.

DISCUSIÓN:

El caso presentado fue diagnosticado debido al evento embólico. En relación a este punto hay series en la literatura que muestran que hasta el 38% de los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa pueden sufrir eventos embólicos mayores, de estos, el 50% ocurren en SNC y el otro 50% en la circulación sistémica.

CONCLUSIONES:

Las manifestaciones embólicas de las endocarditis son en muchas oportunidades las únicas evidencias clínicas con las que podemos sospechar esta entidad, por lo tanto, es necesario una alta sospecha diagnóstica para realizar un tratamiento adecuado.

Palabras clave: endocarditis bacteriana, embolia, complicaciones.

Correspondencia: Edinson Lopez Bravo. Universidad de la Frontera.

Correo: e.lopez03@ufromail.cl

¹Interno Medicina Universidad de La Frontera.

²Alumna Medicina Universidad de La Frontera.

³Becada Medicina Interna Universidad de La Frontera.

CUTIS TRUNCI VARIATA DE BORELLI. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: M. Jara¹, I. Otárola¹, I. Urrutia¹, N. van Treek¹, B. Leal², R. Barrera³.

INTRODUCCIÓN:

La hipomelanosis macular progresiva (PMH), también conocida como Cutis Trunci Variata de Borelli, es una enfermedad prácticamente desconocida en Chile. Es de etiología incierta y epidemiología desconocida, pero su patogenia podría estar asociada al *Propionibacterium Acnes*. Literatura recopilada de países con mayor reporte de casos (como Venezuela y las Antillas), describen una mayor prevalencia en mujeres (82%), adolescentes o adultos jóvenes (60%), mestizos y fototipos 2-4 de Fitzpatrick. Clínicamente se describe como un cuadro asintomático y no inflamatorio de máculas hipopigmentadas, mal definidas, confluentes y de localización simétrica en áreas seboreicas, principalmente sacrococcígea (84%) y lumbar (64%).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 27 años, sin antecedentes mórbidos ni familiares, consulta en servicio de dermatología del hospital de Pitrufquén por cuadro de dermatosis localizada en tórax anteroposterior, abdomen y brazos, caracterizado por máculas hipocrómicas asintomáticas, de bordes mal definidos, confluentes, superficie lisa, extensión progresiva, de dos años de evolución.

Inicialmente se diagnóstica como Pitiriasis Versicolor, indicándose tratamiento antimicótico oral y tópico por tres meses, sin mejoría aparente. Por persistencia del cuadro, se solicita biopsia que indica "Hipomelanosis leve de estrato basal de epidermis" (hallazgos sugerentes de PMH), iniciando tratamiento con Peróxido de Benzoilo 5% y luego con Eritromicina al 4%.

Actualmente, tratado con Tacrolimus 0,1%, presentando mejoría leve, pero cuadro aún persistente.

DISCUSIÓN:

Debido a la amplia variedad de diagnósticos diferenciales que presentan lesiones hipopigmentadas, entre ellos la Tiña Versicolor, Pitiriasis Alba y Dermatitis Pigmentaria Post inflamatoria, muchas veces se indica tratamiento inadecuado justificando el uso de biopsia frente a dudas diagnósticas.

CONCLUSIÓN:

La PMH es una enfermedad probablemente subdiagnosticada en nuestro país debido a los diagnósticos diferenciales similares. Por este motivo, deberíamos tener conocimiento de la misma para poder diagnosticarla en una primera instancia, y así poder dar el tratamiento más indicado.

Palabras clave: Hipomelanosis, tiña versicolor, dermatitis pigmentaria.

Correspondencia: Monte Sabinos 510, Torre A dpto. 203, Temuco.

Correo: maria.jarab@mayor.cl

¹Estudiante quinto año Medicina Universidad Mayor Temuco.

²Médico Dermatóloga, Hospital de Pitrufquén y Hospital de Nueva Imperial.

³Médico EDF, Hospital de Pitrufquén.

PITIRIASIS VERSICOLOR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: T. Tello¹, D. Jara¹, S. Correa¹, A. Mantilla¹, B. Leal², A. Martínez³.

INTRODUCCIÓN:

La pitiriasis versicolor (PV) es una infección micótica superficial de la piel, crónica y benigna. Su incidencia es de 170/100.000 personas. El 75% se observa entre los 10 y los 35 años, donde, afectando a ambos géneros. Generalmente asintomática, caracterizada por lesiones maculares, discrómicas, finamente descamativas y producida por levaduras lipofílicas y lipodependientes del género *Malassezia*. Tiene, en muchos casos, carácter recidivante.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 27 años, con antecedentes de Asma y Rinitis alérgica, presenta dermatosis localizada en cuello, tórax posterior, abdomen y región lumbar, caracterizada por máculas hipocrómicas, de bordes irregulares, bien definidas, con superficie levemente descamativa de años de evolución. Niega tener prurito o algún otro síntoma. Se indica Fluconazol 300 mg por semana por dos semanas, observando mejoría clínica.

DISCUSIÓN:

En PV las lesiones pueden ser hipopigmentadas o hiperpigmentadas, variando su color (blanco, rosa, bronce, marrón), teniendo la misma tonalidad o diferentes colores (versicolor). Con mayor frecuencia en tronco, hombros y tórax; puede observarse en cuello, brazos y abdomen; ocasionalmente en los glúteos y pliegues inguinales.

Su diagnóstico se basa en la evaluación clínica. La descamación se manifiesta al raspar la piel. Puede apoyar al diagnóstico el uso de la lámpara de Wood, el examen micológico directo con hidróxido de potasio o cultivo, siendo este último no necesario. El diagnóstico diferencial incluye otros padecimientos frecuentes como vitíligo o pitiriasis alba, pero ninguno de éstos presenta escama.

CONCLUSIÓN:

La PV es una de las alteraciones de pigmentación más comunes en el mundo, hay que recordar que la mayoría de los pacientes son asintomáticos o tienen prurito leve, siendo un trastorno más bien cosmético. Las recidivas son frecuentes a pesar del tratamiento antifúngico, ya que los factores locales favorecedores resultan difíciles de controlar. Es importante saber de su existencia y su patogenia.

Palabras clave: Pitiriasis versicolor, dermatología, micosis.

Correspondencia: Pasaje Diego 03581, Temuco, Chile.

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

²Dermatóloga, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial.

³Médico cirujano, CESFAM Río Bueno, Río Bueno.

CAVERNOMA CON SIGNOS DE HEMORRAGIA EN MÉDULA CERVICAL COMO CAUSA DE TETRAPARESIA AGUDA: REPORTE DE CASO.

Autores: A. Godoy¹, B. Godoy¹, P. Velasquez¹, R. Castro¹. **Tutor:** G. Amoroso².

INTRODUCCIÓN:

Los hemangiomas cavernosos o cavernomas son hamartomas vasculares benignos de aspecto mamelonado, poseen una prevalencia de 0.5-0.7% en población general, aquellos ubicados en médula espinal se describen como lesiones raras con reportes de casos que apenas superan el centenar de pacientes. Clínicamente pueden presentarse con déficit neurológico que puede progresar a tetraparesia. Se presenta caso destacando clínica y abordaje diagnóstico.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente femenino de 57 años sin antecedentes médicos, presentó cuadro de dolor dorsal intenso que al cabo de 2 horas se asoció a tetraparesia e hipoestesia de extremidades que impedían deambulacion. Al ingreso se constató taquicárdica, hipertensa y saturando adecuadamente. Al examen neurológico: Glasgow 15, obedecía órdenes simples, oculomotilidad conservada, lenguaje fluente. Examen motor destacó tetraparesia flácida arrefléctica con M3 y M0 en extremidades superiores e inferiores respectivamente, hipoestesia desde T4 hacia caudal, signo plantar flexor bilateral, pérdida del control de esfínteres, sin signos meníngeos. Se realizó tomografía computarizada cerebral sin hallazgos patológicos y punción lumbar con salida de líquido rojo claro, análisis informó: proteínas 2996 mg/L, glucosa 161 mg/dL, leucocitos 280/mm³ – 90% polimorfonucleares, 19000 eritrocitos/mm³. Se completó estudio imagenológico con resonancia magnética (RM) columna total, que concluyó lesión en médula cervical accidentada a nivel de C6 compatible con cavernoma con signos de hemorragia. Paciente evolucionó sin recuperación motora, se indicó alta y neurorehabilitación.

DISCUSIÓN:

La presentación clínica de los cavernomas medulares se describe de inicio agudo con deterioro neurológico de horas/días en hasta un 26% de casos, los síntomas suelen manifestarse secundario a un episodio hemorrágico con una tasa de 1.4% por lesión/año. La RM columna es el examen de elección, por lo que debe considerarse frente a un cuadro de tetraparesia de instalación aguda como se describe en el caso presentado.

CONCLUSIÓN:

Realizar RM columna sospechando cavernoma con signos de hemorragia ante un cuadro de tetraparesia aguda de etiología desconocida.

Palabras clave: Hipoestesia - cavernous hemangiomas - spinal cord - neurological rehabilitation.

Correspondencia: Arturo Godoy Acevedo.

Correo: arturo.godoy.ac@gmail.com

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

²Becado de Medicina Interna, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: M. Hidalgo¹, G. Luengo¹, C. Toro¹, D. Kelch¹. **Tutor:** Fuad Param Abufarne².

INTRODUCCIÓN:

La hernia diafragmática congénita (HDC) es una alteración en el desarrollo del músculo diafragma, con protrusión de asas intestinales hacia el tórax. Corresponde a una causa importante de morbilidad y mortalidad, y su síntoma principal es la dificultad respiratoria en las primeras horas o días de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 3 meses de edad, acude a urgencias por cuadro de irritabilidad, vómitos e inapetencia de un día de evolución; última deposición hace dos días, sin otros síntomas. Al examen físico: buen estado general, quejumbrosa, reactiva, evaluación torácica y abdominal normal. Exámenes muestran hemograma y sedimento de orina normal, destaca radiografía de tórax con distensión de asas intestinales, se decide hospitalizar y manejar como fecaloma, con proctoclonus. Evoluciona polipneica, con mala respuesta a tratamiento, en radiografía de control se observan asas intestinales en hemitórax derecho. Se realiza ecografía de tórax y abdomen que confirma HDC por lo que se decide traslado a Hospital Regional de Temuco, donde se resuelve quirúrgicamente con buenos resultados y seguimiento satisfactorio por cirugía infantil.

DISCUSIÓN:

La HDC posee una incidencia de 1 en 2200 recién nacidos, y más frecuentemente ocurre por el cierre deficitario de un canal pleuroperitoneal en el 85% del lado izquierdo. El inicio de los síntomas varía ampliamente, siendo más frecuente la ocurrencia inmediata en el periodo neonatal. Este paciente constituye un caso atípico no solo por ser una HDC derecha de presentación tardía, sino también por la falta de signos sugestivos como ruidos peristálticos en hemitórax afectado o abdomen escavado y ser diagnosticado por hallazgo radiográfico.

CONCLUSIÓN:

La HDC derecha es una patología poco frecuente y difícil de diagnosticar en el neonato, pudiendo presentarse en raras ocasiones en lactantes en los que la evolución es más tórpida de lo habitual, con síntomas respiratorios persistentes o dificultades alimentarias.

Palabras clave: Hernia, lactante, diafragmática.

Correspondencia: Maximiliano Hidalgo Miranda.

Correo: maxihm8@hotmail.com

¹Interno Medicina Universidad Mayor, Temuco.

²Médico Cirujano, Hospital San José, Universidad Mayor, Victoria.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADA A DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO: REPORTE DE CASO.

Autores: P. Ebensperger¹, C. Oviedo¹, L. Riquelme¹, P. Burgos¹, J. Osses².

INTRODUCCIÓN:

La obstrucción intestinal (OI) es una patología frecuente en el servicio de urgencia (SU), de etiología múltiple que requiere diagnóstico y manejo oportuno. Se presenta un caso de OI por brida con hallazgo intraoperatorio de un divertículo de Meckel (DM) complicado, que fue manejado en el SU del Hospital Regional de Temuco.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 39 años con antecedente de histerectomía en 2019. Consulta en SU por cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal, asociado a náuseas y ausencia de eliminación de gases y deposiciones. Al examen físico presenta abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, sensibilidad a la palpación difusa, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis impresiona dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre. Se realiza laparotomía exploradora, se aprecia a 40 cm de la válvula ileocecal DM de 8 cm, perforado en su base, cubierto por fibrino pus y brida inflamatoria que ocluye asa ileal, se reseca segmento de íleon que contiene DM y se anastomosa sin inconvenientes, postoperatorio favorable. Anatomía patológica confirma DM.

DISCUSIÓN:

El DM es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una prevalencia estimada del 2%, de evolución asintomática y sólo un 4% de pacientes desarrollará complicaciones como hemorragia digestiva, OI o perforación. En nuestro caso, se describe una presentación atípica del DM, ya que la OI secundaria a brida comprometió el segmento de íleon que contenía el DM, con la consiguiente inflamación, necrosis y perforación de este.

CONCLUSIÓN:

La OI constituye un desafío frecuente en el SU. La relevancia de este caso radica en ilustrar la importancia de un manejo oportuno, teniendo en cuenta que realizar un diagnóstico etiológico preoperatorio no siempre es factible, pudiendo coexistir un cuadro subyacente complicado que confiera mayor morbimortalidad.

Palabras Clave: Obstrucción intestinal, divertículo de Meckel, abdomen agudo.

Correo: pablo.ebensperger@gmail.com

¹Interno(a) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Residente de Cirugía, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO: COMA MIXEDEMATOSO COMO DEBUT DE HIPOTIROIDISMO, REPORTE DE UN CASO.

Autores: P. Rebolledo¹, P. Monsalve¹, N. Vergara¹, D. Garrido¹, J. Yáñez².

INTRODUCCIÓN:

El coma mixedematoso (MC) es una condición mortal rara como resultado de hipotiroidismo de larga data y pérdida de homeostasis, con tasa de mortalidad aproximada 40%, por cuanto el reconocimiento y terapia tempranos son esenciales.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente sexo masculino 38 años, obeso, síntomas dos meses de compromiso general, insomnio, disnea y tos seca. Ingresado con sospecha de complicación tardía de trauma encefalocraneano antiguo. Evoluciona comprometido de conciencia, Glasgow 13, pupilas mióticas arreflecticas, disartria, hipotensión, hipotermia, bradicardia y apneas, desaturando hasta 55% FiO₂ ambiental.

Tomografía computada cerebral: Lesiones secuelas. Examen neurológico, angiografía de tórax y bioquímico normal. Destaca macroglosia y marcado edema difuso sin fóvea en cara, cuello y extremidades. Requirió ventilación mecánica invasiva. Perfil tiroideo TSH 250 mUI/L, T4L 0,07 ng/dL y T3 0,25 ng/dL. Se iniciaron corticoides y 75 mcg/día de Levotiroxina durante 2 días. Persiste sintomático, se carga con 1.000 mcg de Levotiroxina por sonda nasogástrica con dosis de mantención de 150 mcg/día. Evoluciona favorablemente, se extuba y mantiene controles tiroideos periódicos.

DISCUSIÓN:

Característico del MC son compromiso de conciencia e hipotermia, también se presentan hipotensión, bradicardia e hipoventilación. Mayormente en mujeres y población >60 años, de ahí la singularidad de este caso. Es una emergencia endocrina que debe manejarse agresivamente; la terapia óptima con hormona tiroidea es controvertida; por baja incidencia no hay ensayos clínicos que comparen la eficacia de diferentes regímenes de tratamiento. La administración ideal es endovenosa con dosis de carga y mantención, no disponible en varios centros nacionales, por lo que se utiliza vía enteral con absorción errática.

CONCLUSIÓN:

El MC es un desafío diagnóstico debido a múltiples diagnósticos diferenciales, más en paciente masculino joven sin antecedente de hipotiroidismo. A pesar de ser poco común, debe sospecharse con clínica compatible y tener conocimiento de opciones terapéuticas, además de buscarse factor desencadenante para su resolución y seguimiento.

Palabras clave: Myxedema, hypothyroidism, coma.

Correspondencia: General Carrera #350, depto #1103, Temuco.

¹Interno 7° año Medicina Universidad de la Frontera.

²Médico Cirujano, Becado 2° año de la unidad de Medicina Interna de la Universidad de la Frontera.

NOTALGIA PARESTÉSICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: P. Garrido¹, J. Sepulveda¹, F. Villablanca¹, J. Agouborde², B. Leal de Mantilla^{3,4}.

INTRODUCCIÓN:

La notalgia parestésica (NP), es una neuropatía sensorial que afecta a los nervios de la columna dorsal. Se caracteriza por prurito y dolor neuropático crónico, en la región media escapular, afectando los dermatomas T2-6. En algunos pacientes puede verse asociado a una mácula hiperpigmentada o liquenificación del área afectada, secundaria a grataje. Pocos casos han sido reportados en la literatura, sin embargo, se cree que es una patología frecuente, pero infradiagnosticada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 67 años, con antecedente de hipertensión arterial y resistencia a la insulina. Refiere lesión en zona dorsal izquierda de dos años de evolución, pruriginosa, asociada a parestesia y dolor dorsal de larga data. Al examen físico en región escapular izquierda se observa una mácula de color marrón oscuro, de aprox. 6 cm de diámetro, bordes irregulares, mal definidos. Por anamnesis y examen físico compatibles, se realiza diagnóstico de NP, iniciándose gabapentina 600 mg al día, con leve mejoría de los síntomas a los dos meses de tratamiento, y se deriva a traumatología para evaluación de columna.

DISCUSIÓN:

La etiología exacta de la NP no ha sido del todo dilucidada, sin embargo, lo más probable es que se trate de un síndrome de atrapamiento que involucra las ramas posteriores de las raíces nerviosas T2-T6, asociado con cambios degenerativos de las vértebras en la mayoría de los casos, por lo que una evaluación de la columna debe ser realizada si se sospecha. Su diagnóstico es clínico, no requiriendo de estudios complementarios. No existe un consenso en cuanto a su tratamiento, probándose efectivas múltiples terapias, pero faltan estudios controlados randomizados para determinar tratamiento estandarizado.

CONCLUSIÓN:

La NP es una patología frecuente, pero subdiagnosticada, pudiendo afectar considerablemente la calidad de vida del paciente. Su diagnóstico es clínico y debe ser sospechada ante prurito crónico en región dorsal.

Palabras clave: Dermatología, parestesia, prurito.

Correo: patricia.garrido@mayor.cl

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

²Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco

³Médico docente, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

⁴Dermatóloga, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial.

SÍNDROME DE TAKOTSUBO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, UN SÍNDROME INFRECUENTE.

Autores: R. Vera ¹, D. Garrido¹, P. Monsalve¹, J. Cárdenas¹.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome del corazón roto, estrés miocárdico o Takotsubo se caracteriza por un cuadro similar a un infarto agudo al miocardio (IAM), distinguiéndose una hipocinesia-acinesia reversible de la pared media y apical del ventrículo izquierdo (VI). También debe excluirse una obstrucción en las coronarias o una ruptura de placa. Ocurre mayormente en mujeres postmenopáusicas, generalmente tras un estrés agudo. Entre 1-2% de los casos con sospecha de IAM corresponden a este síndrome, siendo un diagnóstico diferencial infrecuente, de causa desconocida.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer, 66 años. Antecedentes: Hipertensión arterial, trombosis venosa profunda en tratamiento anticoagulante, hipotiroidismo, y dislipidemia. Presenta dolor retroesternal agudo irradiado a dorso, progresivo, asociado a náuseas, acudiendo a urgencias. Electrocardiograma: destaca T negativas en DIII y AvF. Laboratorio: Troponina T 167, CKMB 36, ProBNP 170. Se hospitaliza con diagnóstico de IAM, realizándose coronariografía y ventriculografía, describiéndose VI con hipocinesia anterior e inferior distal y apical, enfermedad aterosclerótica de 1 vaso sin compromiso de la descendente anterior. Se diagnóstica síndrome de Takotsubo y se observa evolución, con mejoría clínica y alta al quinto día.

DISCUSIÓN:

El takotsubo es un síndrome caracterizado por una presentación clínica similar a un IAM pero sin ruptura de placa o obstrucción crítica de las coronarias, asociado a una hipomotilidad en una parte del VI, semejando una olla de pulpo (Takotsubo en japonés). En este caso fue posible el diagnóstico gracias a la realización precoz de una coronario y ventriculografía, lo que no es posible realizar en todos los casos con sospecha de IAM, abriendo la posibilidad de un importante error diagnóstico. Quedando la duda de la real incidencia de este síndrome.

CONCLUSIÓN:

El Takotsubo es un síndrome poco frecuente, pero con la posibilidad de un importante error diagnóstico, por lo que es importante el reconocimiento de los casos.

Palabras clave: Cardiomiopatía de Takotsubo, disfunción ventricular izquierda, síndrome de Takotsubo, síndrome del corazón roto.

Correo: roveraportilla@live.com

¹Interna/o de Medicina Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

TRÁNSITO HEPATO-TORÁCICO COMO COMPLICACIÓN DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: C. Zamorano¹, T. Valenzuela¹, V. Vásquez¹, J. Faret¹, E. Ramírez².

INTRODUCCIÓN:

El tránsito hepato-torácico (THT) es una complicación infrecuente y grave (incidencia 1,0-4,4%, mortalidad 10%) de la hidatidosis hepática, donde hígado, diafragma y pulmón se comprometen. Los síntomas incluyen tos, disnea y dolor torácico. El 14,3% de los quistes en THT, principalmente derechos, presenta fístula biliobronquial (FBB) cuya característica clínica es biliptisis. El diagnóstico se basa en características epidemiológicas, clínica e imágenes. El tratamiento definitivo es quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 81 años, agricultor, con cuadro de 6 meses de tos, expectoración, dolor torácico, baja de peso y neumonía basal derecha recidivante. Al ingreso: crepitaciones en pulmón derecho, proteína C reactiva 98 mg/dL. Durante hospitalización exacerbó sintomatología respiratoria y elevó parámetros inflamatorios. Estudios microbiológicos, serológicos, inmunológicos y neoplásicos negativos. Tomografía computada (tórax-abdomen): derrame pleural bilateral, condensación en parcheado, vidrio esmerilado y bronquiectasias, hígado: lesión redondeada 6x2,5cm de paredes calcificadas. Fibrobroncoscopía: árbol bronquial derecho con secreciones biliosas, sugerente de fístula biliobronquial. Paciente evolucionó con deterioro clínico, con escasa respuesta a manejo preoperatorio.

DISCUSIÓN:

El THT es una complicación evolutiva grave de la hidatidosis, que raramente presenta FBB, diagnóstico que se confirmó por fibrobroncoscopía. La neumonía recidivante se atribuye a neumonitis química por bilis sumado a infección bacteriana. El tratamiento definitivo del THT y FBB es quirúrgico, y debido a la alta morbimortalidad quirúrgica (0,9- 9,7%), este debe ser precedido de un adecuado manejo preoperatorio (nutricional, infeccioso y respiratorio), que en el presente caso no fue posible por la edad y condición clínica.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico temprano y el manejo de las complicaciones infecciosas son esenciales para reducir la tasa de morbilidad y mortalidad perioperatoria. El reconocimiento de la biliptisis es fundamental en el diagnóstico precoz, ya que se confunde con expectoración purulenta. Cuando por la condición médica del paciente es posible, la cirugía es el tratamiento de elección.

Palabras claves: Equinococosis hepática, fístula biliar, neumonía.

Correspondencia: Pasaje Bremen 02401, Temuco, Región de La Araucanía, Chile.

Correo: c.zamorano01@ufromail.cl - Carolina Victoria Zamorano Vargas.

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

²Médico cirujano, residente de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

ESPECTRO CLÍNICO Y DESAFÍOS PENDIENTES EN EL SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: J.Arias¹, D. Zúñiga², P.Contreras², C. Mathieu², R. Poblete³.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome alcohólico fetal (SAF) pertenece a los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF), abarcando una gama de alteraciones físicas, de salud mental, conductuales y cognitivas que ocurren tras la exposición prenatal al alcohol, afectando la proliferación, migración y adhesión celular. Clínicamente destaca por dismorfias faciales y alteraciones del sistema nervioso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Corresponde a un paciente de 8 años, con antecedentes de alcoholismo parental, portador de SAF con retraso severo del desarrollo psicomotor global, posee importante estenosis de conductos auditivos externos y adelgazamiento de agujeros de la base que condujeron a una hipoacusia bilateral profunda. Además, presenta daño pulmonar crónico con dependencia de oxígeno nocturno producto de reiterados cuadros infecciosos durante la primera infancia y es usuario de una gastrostomía.

Al examen físico destacan dismorfias faciales con prominencias frontales bilaterales, hipoplasia del tercio medio, orejas con implantación baja, puente nasal plano, nariz corta, micrognatia y estrabismo. Presenta importante displasia esquelética con desproporción de extremidades, cifoescoliosis severa incorregible quirúrgicamente y pie plano bilateral.

Actualmente cursa con dificultad comunicativa y reiterados cuadros de agresividad hacia sus pares, que han requerido derivación a salud mental. Continúa con controles multidisciplinarios periódicos y asistiendo a centros Teletón.

DISCUSIÓN:

La última encuesta SENDA sobre prevalencia del consumo de alcohol en Chile alcanza un 48,9%, con un aumento en la prevalencia del consumo en mujeres, siendo un problema de salud pública. En Chile existen limitados estudios sobre SAF y no existen estimaciones de prevalencia nacional. Las manifestaciones clínicas del SAF, son variadas y afectan múltiples sistemas con distinta gravedad, generando un gran impacto social y costos a nivel sanitario.

CONCLUSION:

El SAF participa en la génesis de un amplio espectro de enfermedades del niño, adolescente y el adulto, siendo vital su prevención, por lo que resulta urgente desarrollar competencias específicas de diagnóstico y abordaje de los TEAF.

Palabras clave: Síndrome alcohólico fetal, Alcohol.

Correo: Javiera.arias@mayor.cl

¹Estudiante Medicina, Universidad Mayor Temuco.

²Interna Medicina, Universidad Mayor Temuco.

³Médico Pediatra, Hospital de Pitrufquén.

QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO COMPLICADO CON COLANGIOHIDATIDOSIS Y COLANGITIS AGUDA. REPORTE DE CASO.

Autores: P. Burgos ¹, J. Agouborde ¹, P. Ebensperger ¹, B. Bohn ¹, M. Alanis ².

INTRODUCCIÓN:

La hidatidosis es una parasitosis endémica en el sur de Chile. La localización hepática es la más frecuente, pudiendo asociarse a complicaciones en gravedad variable, como la rotura del quiste a la vía biliar (VB), descrita en un 9%-42% de los casos. La posterior migración de elementos parasitarios a la VB o colangiohidatidosis (CH), constituye una complicación infrecuente. El tratamiento es quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 22 años, sin comorbilidades, con historia de 1 mes de dolor abdominal tipo cólico. Consultó en Urgencias por cuadro de 2 días de dolor en hipocondrio derecho, asociado a compromiso del estado general, náuseas y vómitos. Los exámenes de laboratorio mostraron aumento de parámetros inflamatorios, transaminasas e hiperbilirrubinemia de predominio directo. Los hallazgos en la ecografía abdominal y colangiografía fueron compatibles con quiste hidatídico en lóbulo hepático izquierdo y dilatación de la VB con contenido obstructivo en su interior sugerente de CH. Se realizó quistectomía subtotal, colecistectomía y coledocostomía, identificándose comunicación biliar, hepato-colédoco dilatado con membranas hidatídicas y bilipus en su interior. Se indicaron antibióticos y albendazol, evolucionando favorablemente, siendo dada de alta al tercer día. A la tercera semana postoperatoria se retiró sonda T sin incidentes.

DISCUSIÓN:

La CH es una complicación de la hidatidosis hepática (HH), caracterizada por migración de elementos parasitarios a VB, generando un cuadro obstructivo, el cual puede o no acompañarse de colangitis. A pesar de ser infrecuente, conlleva un aumento de la morbimortalidad, por lo que un tratamiento oportuno previene este tipo de complicaciones. Su diagnóstico precoz es difícil, ya que en sus primeras etapas es asintomática, frecuentemente consultando por complicaciones.

CONCLUSIÓN:

La CH es una complicación evolutiva de la HH, asociada a mayor morbimortalidad. Su tratamiento es quirúrgico. En áreas endémicas, se debe tener un alto índice de sospecha para diagnosticar la HH, ofreciendo un tratamiento oportuno, y así evitar complicaciones.

Palabras clave: Hidatidosis hepática, colangitis, complicaciones.

Correo: p.burgos05@ufromail.cl

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

²Médico Cirujano, Cirujano General. Universidad de La Frontera, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

DISCORDANCIA TOMOGRÁFICA EN PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA. CASO CLÍNICO Y ALTERNATIVA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.

Autores: C.Narváez¹, F. Krautz¹, F. Muñoz¹, T Quezada².

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad diverticular es una de las afecciones colónicas más comunes en Occidente. Afecta principalmente a mayores de 40 años. La mayoría de los pacientes permanece asintomáticos y el diagnóstico suele ser un hallazgo. La tomografía computada es el método de elección para el diagnóstico, con alta sensibilidad y especificidad. Aproximadamente 1 de cada 4 pacientes requerirá cirugía.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 81 años con comorbilidades cardiovasculares, consulta por dolor abdominal intenso de 24 horas de evolución, localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo asociado a náuseas. Analítica destacó parámetros inflamatorios elevados. TAC de abdomen informó presencia de perforación intestinal en ángulo duodenoyeyunal.

Se realizó laparotomía exploradora evidenciando gran cuantía de líquido libre purulento y perforación de 5 milímetros en colon descendente. Se practicó colorrafía, coloplastia con parche de epiplón, aseo y drenaje, con evolución favorable.

DISCUSIÓN:

La TAC de abdomen posee valores predictivos y sensibilidad sumamente altos, mas presenta un porcentaje de falsos negativos, incluso con diagnósticos diferenciales graves que hacen limitar el esfuerzo quirúrgico. Respecto a las alternativas quirúrgicas, éstas no están exentas de requerir un enfrentamiento agresivo, pero manejables por cirujanos de urgencia. Si bien la literatura en casos de traumatismos agudos de colon y pequeño tamaño sugiere rafia primaria como alternativa; no está descrita como opción formal en la EDC. La técnica más utilizada es la operación de Hartmann, con importantes morbimortalidades cercanas al 25%.

CONCLUSIÓN:

La TAC de abdomen, a pesar de su alto rendimiento en patologías intraabdominales en urgencias, puede presentar discordancia respecto al hallazgo intraoperatorio, repercutiendo en la cirugía y pronóstico.

La técnica quirúrgica conservadora puede ser alternativa en un seleccionado grupo de pacientes, así como en otras lesiones colónicas de urgencia, mejorando el post operatorio y pronóstico a largo plazo.

Palabras clave: Diverticulitis, colonic, tomography scanners, X-Ray computed, Surgical procedures, operative.

Correspondencia: Conrado Pittet 0325 x, Punta Arenas, Chile.

Correo: cnarvaezj94@gmail.com

¹Interno de Medicina, Universidad de Magallanes.

²Cirujano Servicio de Urgencia y Cirugía, Hospital Clínico Magallanes.

ROSÁCEA PÁPULO-PUSTULOSA: SU RESPUESTA A LA IVERMECTINA TÓPICA AL 1%

Autores: P. Garrido¹, C. Jara¹, N. Méndez¹, M. Román¹, B. Leal^{3,4}, R. Barrera².

INTRODUCCIÓN:

La rosácea es una dermatosis centrofacial, crónica recurrente, caracterizada por episodios de intensificación asociados a factores desencadenantes. Presenta variadas formas clínicas, principalmente con un fondo eritematoso, telangiectasias y lesiones papulosas o pápulo-pustulosas, especialmente en nariz y mejillas. Es más frecuente en mujeres, entre los 30-50 años y aunque se desconoce la prevalencia en nuestro país, se estima que en USA afecta al 5% de la población. Su diagnóstico es principalmente basado en la clínica y descartando diagnósticos diferenciales.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente femenino de 38 años, con antecedentes de resistencia a la insulina, discopatía lumbar, depresión y rosácea pápulo-pustulosa en tratamiento hace años con Metronidazol tópico 0.75%, y Doxiclina vía oral, en varias ocasiones, obteniendo poca respuesta. Acude por exacerbación del cuadro, al examen físico: dermatosis localizada en rostro, caracterizada por múltiples pápulas eritematosas confluentes, pústulas y telangiectasias.

Se le indica Ivermectina tópica 1% mañana-noche y Azitromicina vía oral. A la semana de tratamiento la paciente refiere cambios significativos y al mes ya se evidencia franca mejoría del cuadro clínico.

DISCUSIÓN:

La Ivermectina es un agente antiparasitario con propiedades anti-demódex y antiinflamatorias. En comparación con el Metronidazol, resultó más eficaz en la disminución de lesiones inflamatorias y mejor tolerada. Además, presenta tasas ligeramente menores de recaídas y menores efectos adversos. La evidencia internacional considera la Ivermectina como una opción de primera línea en el tratamiento de la rosácea pápulo-pustulosa.

CONCLUSIÓN:

En el caso de esta paciente, el cambio del esquema de tratamiento a Ivermectina tópica al 1% presentó una buena respuesta clínica, logrando en días, el progreso que no se observó en años de tratamiento con Metronidazol 0.75%, reafirmando la utilidad de la Ivermectina como tratamiento de primera línea. Sumado a esto, la paciente refirió bienestar a nivel personal y social, mejorando significativamente su calidad de vida.

Palabras clave: Dermatología, rosácea, ivermectina.

Correo: patricia.garrido@mayor.cl

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

²EDF, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén.

³Médico docente, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

⁴Dermatólogo, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial.

ACTINIC PRURIGO. CHALLENGE IN DIAGNOSIS.

Autores: V. Alarcón¹, J. González¹, G. Osorio¹, J. Seguel¹, B. Leal².

INTRODUCCIÓN:

El prurigo actínico (PA) es una fotodermatosis inflamatoria crónica, escasamente estudiada en Chile. Su prevalencia se desconoce, pero se asocia a un fuerte componente étnico-racial. Caracterizada por brotes recurrentes de pápulas, placas y nódulos pruriginosos en zonas fotoexpuestas de la piel. Afecta principalmente a mujeres, e inicia generalmente en la primera década de la vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 44 años, autodeclarada como Mapuche. Acude a control dermatológico por presentar dermatosis localizada en zonas fotoexpuestas, con pápulas eritematosas, centro costroso, excoriaciones, placas y manchas hipo e hiperpigmentadas, pruriginosas, presentes desde la niñez. Además, compromiso de mucosa labial y ocular, con eritema y manchas pigmentarias. Ante una primera sospecha de Lupus Eritematoso Cutáneo (LEC), se inicia prednisona y omeprazol. Exámenes del panel inmunológico resultan negativos, se realizan 2 biopsias informadas inconcluyentes. Por los antecedentes clínicos y el componente étnico, se diagnóstica PA, iniciándose tratamiento con hidroxicloroquina. Evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN:

El PA, se ha asociado a variaciones fenotípicas del antígeno leucocitario humano (HLA) y su biopsia es inespecífica. La mayor prevalencia de cuadros como Erupción Lumínica Polimorfa (EPL), LEC y otras fotodermatosis con las que el PA guarda similitud lleva a que este se convierta en un diagnóstico de descarte. Por esto, una vez descartadas otras dermatosis, asociando la presentación clínica y los antecedentes de etnia, edad, fotoexposición, se llega al diagnóstico de PA iniciando el tratamiento de su componente inmunológico.

CONCLUSIÓN:

Al tratarse de una fotodermatosis con escasos estudios en Chile, el diagnóstico del PA se vuelve un desafío. Su etiopatogenia aún es desconocida, pero con importante asociación entre el componente inmune y mayor prevalencia en poblaciones indígenas de América. Importante considerarlo como diagnóstico diferencial y una vez se tenga la sospecha, descartadas las patologías similares, reunir todos los elementos clínicos necesarios para su apropiado diagnóstico.

Palabras clave: Prurigo, Trastornos por fotosensibilidad, dermatitis actínica.

Correspondencia: Ruta 216 Km. 6 Los Yaganes, Osorno, Chile.

Correo: javiera.seguel@mayor.cl

¹Estudiante Quinto año Medicina Universidad Mayor Temuco.

²Médico Dermatólogo, Hospital de Pitrufquén y Hospital de Nueva Imperial.

INSUFICIENCIA CARDIACA COMO MANIFESTACIÓN DE AMILOIDOSIS TIPO AA.

Autores: M. Sanhueza¹, T. Valenzuela¹, C. Mutel².

INTRODUCCIÓN:

Amiloidosis AA es una enfermedad infiltrativa por depósito extracelular de sustancia amiloide secundaria a patologías inflamatorias crónicas; de baja incidencia (1/1.000.000 habitantes) y afectación cardiaca rara (2-5%) pero que de presentarse, es fundamental diagnóstico oportuno debido a morbimortalidad asociada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 48 años, diabética, 1 año de deterioro progresivo de capacidad funcional y edema de extremidades inferiores (EEII). Consultó por agudización de disnea, tos seca, disnea paroxística nocturna, nicturia y astenia. Al ingreso paciente estable con clínica de insuficiencia cardiaca (IC) congestiva: yugulares ingurgitadas, edema EEII y derrame pleural (transudado). Inició terapia depletiva con regular respuesta, por lo que se inició estudio etiológico. Al ecocardiograma destaca: ventrículo izquierdo con fracción de eyección (28%), moderado engrosamiento de paredes con aumento de su ecogenicidad y disfunción diastólica tipo I, hallazgos que hicieron sospechar amiloidosis. Estudios complementarios (laboratorio/imágenes) descartan compromiso extracardiaco, biopsia de aspirado de grasa abdominal informó amiloidosis AA. Finalmente clínica y exámenes complementarios permitieron diagnosticar amiloidosis cardiaca; optimizándose terapia para IC. Por tratarse de amiloidosis AA se buscó dirigidamente patología inflamatoria productora de amiloide, en concordancia con ello, Reumatología diagnosticó síndrome Sjogren primario, recibió terapia inmunomoduladora y mantuvo controles cardiológicos, con regresión de sintomatología de IC.

DISCUSIÓN:

La clínica de amiloidosis depende del órgano afectado, pudiendo presentarse IC cuando afecta corazón. Aunque es patología infrecuente, una alta sospecha diagnóstica basada en clínica y hallazgos ecocardiográficos típicos (engrosamiento ventricular/aumento de ecogenicidad/disfunción diastólica) con posterior confirmación histológica, permitieron realizar diagnóstico en esta paciente. El tratamiento de IC (diuréticos/antihipertensivos) y de patología primaria productora de amiloide es decisivo en control de síntomas evolución y pronóstico.

CONCLUSIÓN:

IC puede ser la manifestación inicial de amiloidosis. Clínica y ecocardiograma permiten sospecharla, pero confirmación es histológica. Para un adecuado manejo debe descartarse compromiso de otros órganos e instaurar terapia de patología primaria.

Palabras clave: Amiloidosis, Insuficiencia cardiaca, Síndrome de Sjögren.

Correspondencia: Marilyn Alejandra Sanhueza Delgado. - Monte Ararat #85, Temuco, Región de la Araucanía, Chile.

Correo: m.sanhueza08@ufromail.cl

¹Interna de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

²Médico general, residente de especialidad de Medicina Interna (Universidad de La Frontera), Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA COMO DEBUT CLÍNICO DE ASTROCITOMA PILOCÍTICO.

Autores: R. Torres¹, A. Salazar¹, M. Peña¹, R. Salazar¹, L. Cifuentes².

INTRODUCCIÓN:

El astrocitoma pilocítico es un tumor de baja incidencia, comúnmente relacionado al área cerebelopontina. Su clínica generalmente comprende cefalea, alteraciones sensoriomotoras y de control esfinteriano. En cierto porcentaje, incluye parálisis facial.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 11 años presenta cefalea súbita intensa frontotemporal derecha que lo despierta; mareos, vómitos explosivos y parálisis facial periférica izquierda. Parámetros inflamatorios impresionan no bacterianos, sin citopenias. Tomografía cerebral sin lesiones evidentes. Punción lumbar destaca proteinorraquia severa, lactato y eritrocitos elevados. Evoluciona con globo vesical, Resonancia Magnética evidencia tumor medular cervical a nivel de C7 de aspecto neoplásico. Por signos de hipertensión endocraneana, ingresa a UTIp y se administra acetazolamida y corticoides. Por compromiso infiltrativo medular se efectúa resección tumoral parcial; biopsia rápida informa astrocitoma; tomografía cerebral postoperatoria sin complicaciones. Postoperatorio presenta parestesia de extremidades inferiores y pérdida de control de esfínter transitoria. Luego, cefalea leve ocasional, mejoría sensoriomotora, marcha independiente y continencia de esfínteres.

DISCUSIÓN:

Si bien el paciente ingresa por parálisis facial periférica transitoria, esta no se relaciona directamente con el tumor intramedular a nivel de C7. El aumento transitorio de la PIC por diseminación leptomeníngea comprimió el nervio facial; lo que podría relacionarse con dicha parálisis y su transitoriedad. El compromiso vesical fue crucial en la detección de causas intramedulares, pudiendo iniciar tratamiento rápidamente.

CONCLUSIÓN:

Las manifestaciones neurológicas de tumores intramedulares se relacionan con el nivel medular comprometido y estructuras vecinas afectadas. El compromiso de nervios craneales no suele relacionarse a tumores intramedulares, lo que dificulta su diagnóstico. Si bien la Parálisis Facial en paciente pediátrico es principalmente benigna, existen casos graves como compresión indirecta de nervios craneales por aumento de PIC, donde resulta importante descartar tumor como etiología maligna.

Palabras clave: Glioma, Astrocitoma, Parálisis Facial.

Correo: a.salazar02@ufromail.cl

¹Interno Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.

²Médico Becado de Pediatría, Universidad de la Frontera, Temuco.

HIPERTENSIÓN MALIGNA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: T. Valenzuela¹, M. Sanhueza¹, C. Mutel².

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial maligna es una emergencia caracterizada por presión arterial diastólica >130 mmHg y lesiones en fondo retinal (hemorragias en llamas, exudados, manchas algodonosas, con o sin papiledema). Es de baja incidencia (2-3 casos /100.000 habitantes) pero con relevancia clínica por la morbimortalidad asociada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 46 años, hipertenso sin tratamiento, con cuadro de cefalea holocráneana de 4 días de intensidad progresiva hasta EVA 10/10, asociado a sintomatología hipertensiva. Examen físico de ingreso: presión arterial 220/110 mmHg y bradipsiquia, laboratorio compatible con insuficiencia renal aguda. Durante hospitalización inició terapia antihipertensiva y estudio etiológico. Tomografía computada de cerebro, estudio cardiológico, inmunológico y tiroideo fueron normales. Ecografía renal bilateral mostró aumento de ecogenicidad renal, sin lesiones focales, compatible con nefropatía médica. Evaluado por neurología, se realizó fondo de ojo que mostró hemorragias retinal en llamas, manchas algodonosas centrales y peripapilares; se optimizó tratamiento antihipertensivo. Nefrología con clínica y exámenes confirmó hipertensión arterial maligna, secundaria a enfermedad renal parenquimatosa primaria. Se mantuvo terapia antihipertensiva y control riguroso de función renal, paciente evolucionó a etapa V de enfermedad renal crónica requiriendo hemodiálisis; luego de 6 años se realizó trasplante renal exitoso.

DISCUSIÓN:

La incidencia y prevalencia de hipertensión arterial maligna es baja, pero se mantiene constante. Las características clínicas y epidemiológicas del caso permiten plantear hipertensión arterial maligna. El diagnóstico se realizó con cifra tensional elevada y hemorragias en llamas. La afectación renal como complicación ocurre en 50% de los casos, y solo un 20% de éstos, presentan enfermedad renal crónica. El pilar de tratamiento son los antihipertensivos y trasplante renal, como ocurrió en este caso.

CONCLUSIÓN:

La hipertensión arterial maligna debe ser un diagnóstico diferencial a considerar en la práctica habitual, una alta sospecha, diagnóstico y tratamiento oportuno son claves para el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Hipertensión esencial, hipertensión maligna, insuficiencia renal.

Correspondencia: Tirza Karina Valenzuela Medina.

Correo: t.valenzuela04@ufromail.cl

1Interna de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

2Médico Cirujano, residente de especialidad Medicina Interna (Universidad de La Frontera), Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

SÍNDROME DE EVANS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, REPORTE DE CASO.

Autores: R. Pinilla¹, N. Vergara¹, P. Riquelme¹, P. Rebolledo¹, I. Castro².

INTRODUCCIÓN:

Síndrome de Evans (SE) es un trastorno hematológico crónico poco frecuente caracterizado por asociación anemia hemolítica autoinmune (AHA) con púrpura trombocitopénica inmune, y ocasionalmente a neutropenia autoinmune. Se ha reportado prevalencia de SE secundaria en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en el 1,7%–2,7% de los casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina 44 años, antecedentes depresión severa e hipotiroidismo. Consultó en Servicio de Urgencia del Hospital Hernán Henríquez Aravena por cuadro 5 días de disnea, astenia, artralgias en mano derecha y cefalea occipital holocránea. Examen físico destacó: Alopecia, úlceras orales, palidez mucocutánea e ictericia leve de escleras. Exámenes laboratorio: Hemograma Hemoglobina 4,7gr/dL, Hematocrito 5,9%, Leucocitos 7.4x10⁶/μL, Plaquetas 12x10⁶/μL, VCM 169fL, RDW 58%, Reticulocitos 17,34. Frotis: Eritrocitos: Anisocitosis, microcitosis, hipocromia, poiquilocitosis, codocitos, eritroblastos, tendencia glóbulos rojos a aglomerarse. Plaquetas: Disminuidas al frotis. Hiperbilirrubinemia predominio indirecto. Haptoglobina baja. Test de Coombs Directo Positivo Monoespecífico IgG:4+, AHG:4+ (aglutininas calientes). Inmunológico: Hipocomplementemia, ANA(+) 1/160. LDH 504. Se diagnosticó SE asociado a LES Grave. Recibió 4 pulsos de Dexametasona y 2 de Rituximab. Se inició Micofenolato e Hidroxicloroquina con buena respuesta. Hemograma control a las 3 semanas Hb 9.3 g/dL, Leucocitos 7.42x10⁶/μL, Plaquetas 11,9x10⁶/μL.

DISCUSIÓN:

Caso corresponde a debut atípico de LES. En presencia de SE, imprescindible realizar búsqueda de causalidad, puesto que el tratamiento es diferente ante SE primario o secundario, afectando el pronóstico. En este caso se descartó causas infecciosas, neoplásicas, farmacológicas. En esfera autoinmune, según criterios SLICC de LES, paciente presentaba 5 clínicos y 3 inmunológicos. Dado compromiso hematológico corresponde LES grave, cuyo pronóstico influye tratamiento farmacológico adecuado y oportuno.

CONCLUSIÓN:

Al enfrentar estudio anemia hemolítica, considerar diagnóstico diferencial LES y tener alta sospecha si antecedentes y examen físico sugerentes. Indagar también historia familiar de autoinmunidad. Importante ampliar estudio para lograr diagnóstico y manejo específico que mejore pronóstico del paciente.

Palabras clave: Síndrome de Evans, anemia hemolítica autoinmune, lupus eritematoso sistémico, Autoinmunidad.

Correspondencia: Senador Lavanderos 0796, Quepe, Freire.

Correo: r.pinilla01@ufromail.cl

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

²Médico Cirujano, Departamento de Medicina, Universidad de La Frontera.

LUPUS INDUCIDO POR FÁRMACOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: C. Jara¹, C. Radtke², C. Heilenkötter², C.Vera², B. Leal³, M. Maldonado⁴.

INTRODUCCIÓN:

Lupus inducido por fármacos (LIF), infrecuente reacción adversa a medicamentos (RAM) como minociclina, hidralazina, procainamida, isoniazida, metildopa, clorpromazina e hidroclorotiazida que comparte síntomas y características de laboratorio con lupus eritematoso sistémico, presentando fiebre, erupciones cutáneas, mialgias, artralgias y serositis, afectando excepcionalmente al sistema nervioso central y renal. Más del 80% presenta positivización de anticuerpos antinucleares (ANA) y más del 90% desarrolla anticuerpos antihistonas. Se diagnostica documentando el agente y logrando con el retiro de este (asociando ocasionalmente inmunosupresores), remisión del cuadro. Resuelve sintomáticamente en 2 – 6 meses, pudiendo mantener ANA positivos hasta 12 meses después.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 44 años, hipertensa, usuaria de enalapril e hidroclorotiazida. Acude a consulta dermatológica por sospecha de vitiligo con mala respuesta a tratamiento tópico con betametasona crema 0,05%. Se aprecia dermatosis localizada en rostro de 10 meses de evolución, caracterizada por máculas hipercrómicas e hipocrómicas alternadas, de superficie levemente indurada y atrófica, afectando párpado superior izquierdo, pómulos y mentón, asociado a astenia, caída de cabello y artralgia en manos. Por sospecha diagnóstica se suspende hidroclorotiazida. Exámenes reportan anticuerpos antihistonas positivos en 1.74U y ANA negativos, sin otras alteraciones. Biopsia de piel informa: “dermatitis perivascular y perianexial predominantemente linfocitaria, con cambios de interfase tipo vascular, pudiendo ser secundario a Lupus cutáneo fármaco - inducido”. Se indica tratamiento tópico con urea y protector solar, y sistémico con prednisona oral 5mg/día e hidroxycloroquina 200mg/día. Actualmente paciente en controles por telemedicina con importante mejoría de sintomatología y lesiones.

DISCUSIÓN:

En este caso, a pesar de tener ANA negativo, vemos que hubo remisión de la sintomatología y lesiones cutáneas al retirar la hidroclorotiazida, por lo tanto el diagnóstico es concordante con LIF.

CONCLUSIÓN:

El LIF es confundido frecuentemente con otras dermatosis, subdiagnosticándose. Se debe conocer como RAM, porque sólo así, enfatizando en antecedentes y sintomatología, se sospecha y orienta adecuadamente el diagnóstico.

Palabras claves: Lupus eritematoso sistémico, efectos de los fármacos, hidroclorotiazida.

Correo: Cataradtke1@gmail.com

¹Estudiante 5to año medicina, Universidad Mayor sede Temuco.

²Interno Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

³Dermatólogo, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Chile.

⁴Médico Cirujano, Docente Universidad Mayor sede Temuco.

MICOSIS FUNGOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: W. Navarrete¹, F. Soto¹, C. Becerra¹, S. Vidal², B. Leal³, A. Soubllette⁴.

INTRODUCCIÓN:

La micosis fungoide es el linfoma cutáneo de células T más común. Su incidencia estimada es 5,6/1.000.000. Frecuentemente, afecta a hombres en edad adulta, siendo inusual en niños. Posee una etiología no clara, clínicamente se presenta como parches, placas, o tumores. Son de inicio insidioso y de difícil diagnóstico, ya que su presentación clínica y aspecto histológico pueden simular un gran número de lesiones no neoplásicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino de 9 años, quien desde los 3 años y medio presentó lesiones maculopapulares poco pruriginosas en cara, extremidades superiores e inferiores y área gluteogenital. Las cuales tenían una duración de 1 semana, progresando a lesiones hipopigmentadas bilaterales y asimétricas. Actualmente, cubren sobre el 10% de la superficie corporal. Fue diagnosticado y tratado por pitiriasis versicolor, pitiriasis alba y prurigo sin mejoría clínica.

Se plantea diagnóstico de micosis fungoide, ante lo cual se solicita biopsia de piel e inmunohistoquímica. Se confirma diagnóstico con marcadores CD8+(70%) sobre CD4+(25-30%), los cuales son característicos de la forma hipopigmentada. Fue evaluado por hemato-oncología infantil quienes descartaron compromiso linfático y deciden seguimiento por dermatología e iniciar corticoide tópico. Sin embargo, al persistir las lesiones se sugiere iniciar psoraleno vía oral y exposición a radiación ultravioleta A (PUVA), lo cual está pendiente.

DISCUSIÓN:

Se presenta escolar con diagnóstico de micosis fungoide, con historia de dermatosis de años de evolución refractaria a tratamiento. Al ser más frecuente en adultos y presentarse de forma atípica, no fue considerada como diagnóstico al inicio. Sin embargo, es importante sospechar por su pronóstico, teniendo una sobrevida a los 10 años de un 83% versus un 20% según el compromiso extracutáneo.

CONCLUSIÓN:

Al tener distintas formas de presentación y pronóstico variable, es importante tenerla presente dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones hipocrómicas de larga duración, independiente de la edad del paciente.

Palabras clave: Micosis fungoide, linfoma cutáneo de células T, tinea versicolor.

Correo: fernando.jstc@gmail.com

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Temuco.

²Interna de Medicina, Universidad Mayor Temuco.

³Dermatóloga Hospital de Nueva Imperial, Docente Universidad Mayor Temuco.

⁴Médico cirujano, Docente Universidad Mayor Temuco.

INFARTO RENAL AGUDO SECUNDARIO A EMBOLIA SÉPTICA POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: F. Saavedra¹; A. Monsalve¹, P. Burgos¹, R. Gayoso².

INTRODUCCIÓN:

El infarto renal agudo (INRA) es una patología infrecuente y subdiagnosticada. Su principal causa es cardioembólica, fundamentalmente fibrilación auricular (76%) y en porcentaje menor, endocarditis infecciosa (EI).

Objetivo: Exponer el enfrentamiento diagnóstico del INRA y las implicancias terapéuticas de EI como etiología.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón 41 años, con historia de 3 meses de astenia, sensación febril y baja de peso. Consulta por dolor abdominal y lumbar agudo en flanco y fosa renal derecha. Al examen físico taquicárdico, hipertenso y subfebril. Destaca hemorragias en astilla y manchas de Janeway en manos, soplo diastólico en foco aórtico accesorio, resistencia a la palpación abdominal y dolor a la puño percusión derecha. Laboratorio: Leucocitos: 22.000/uL y PCR: 108 mg/L, Lactato deshidrogenasa (LDH): 594 U/L y creatininemia normal. Electrocardiograma sin alteraciones. Tomografía computada (TC) contrastada: Riñón derecho: ausencia de flujo arterial con trombo en rama lobar e hipodensidad corticomedular en polo inferior, compatible con INRA. Se inicia antibióticos (ATB) por sospecha de EI. Ecocardiograma: válvula aórtica bicúspide con vegetación de 22 mm e insuficiencia aórtica severa. Se realizó recambio valvular y completó ATB empírico con buena evolución.

DISCUSIÓN:

El INRA se presenta con dolor en el flanco, náuseas, fiebre y vómitos con aumento de LDH, PCR y leucocitosis, hasta injuria renal aguda. El diagnóstico se realiza con TC contrastado, método usado en nuestro paciente, que permite la diferencia con otras causas de abdomen agudo. La EI como etiología de INRA, puede presentarse con historia de síndrome consuntivo, nuevo soplo cardíaco, embolias sépticas y fenómenos inmunológicos, como en el paciente descrito. El manejo de INRA en estos casos se centra en el tratamiento de la EI con antibióticos y eventualmente cirugía. La terapia anticoagulante no está indicada, en contraste con otras etiologías.

CONCLUSIÓN:

Debe estudiarse EI como etiología ante un INRA por sus implicancias en el manejo y pronóstico.

Palabras clave: Infarto, riñón, endocarditis, embolia.

Correspondencia: Pasaje Orense N°1725, Temuco.

Correo: francosvdr@gmail.com

¹Interno de Medicina, Universidad de La Frontera.

²Médica cirujana, Endocrinóloga. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

MELANOMA IN SITU EN EPIGASTRIO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: W. Navarrete¹, F. Soto¹, C. Becerra¹, S. Vidal², B. Leal³, A. Soubllette⁴.

INTRODUCCIÓN:

El melanoma es el cáncer de piel más agresivo, con una incidencia de 3/100000 habitantes y mortalidad 0.7/100000 casos, con aumento en las últimas décadas. Su incidencia es mayor en hombres entre 20-49 años. Su etiología es multifactorial, asociada a antecedente familiar, exposición solar, presencia de nevos, fototipo I y II entre otros. El melanoma in situ es el estadio más inicial del melanoma maligno, y su subtipo más frecuente es el lentigo maligno. La profundidad de diseminación se establece con el índice de Clark o de Breslow.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 60 años referido desde medicina general a dermatología por queratosis seborreicas y queratosis actínicas múltiples. Durante el examen físico se encontró incidentalmente mácula congénita en epigastrio, discrómica, de bordes irregulares, mal definidos, que ha ido aumentando de tamaño, hasta alcanzar 2,5 x 1,5 cm de diámetro. Se decide realizar biopsia excisional que reporta un melanoma in situ con signos de regresión en dermis papilar y reticular de más del 80%. Actualmente paciente se encuentra en protocolo para descartar metástasis.

DISCUSIÓN:

Es frecuente el enfrentamiento de lesiones cutáneas pigmentarias en la práctica médica, como en el caso de este paciente que presenta múltiples lesiones de queratosis seborreicas que se observan como pápulas o placas bien circunscritas, color café a negro, con superficie rugosa, donde en la consulta con el médico general no se consideró en primera instancia que, además tenga asociado un melanoma en zona epigástrica.

CONCLUSIÓN:

Es importante realizar un examen dermatológico exhaustivo en pacientes con múltiples lesiones pigmentarias, buscando características de alarma, ya que, una lesión neoplásica puede pasar desapercibida como ocurrió en este caso. Dado esto, ante la sospecha se debe realizar biopsia excisional, y descartar metástasis, ya que, esta última requiere quimioterapia sistémica, con poca probabilidad de cura.

Palabras clave: Melanoma, queratosis seborreica, congénito.

Correo: fernando.jstc@gmail.com

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

²Interna de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

³Dermatóloga Hospital de Nueva Imperial, Docente Universidad Mayor.

⁴Médico cirujano, Docente Universidad Mayor.

HEMICOLECTOMÍA DERECHA ONCOLÓGICA LAPAROSCÓPICA VSECUNDARIA A TUMOR NEUROENDOCRINO APENDICULAR INCIDENTAL WHO II. REPORTE DE CASO.

Autores: C. Narváez¹, F. Muñoz¹, F. Krautz¹, T. Quezada².

INTRODUCCIÓN:

Las neoplasias apendiculares son infrecuentes y suelen ser un hallazgo incidental, presentándose en alrededor del 1-2 % de las apendicectomías. Dentro de estas, el tumor neuroendocrino (TNE) es el más frecuente (50%). En la gran mayoría de los casos, su tratamiento definitivo es la misma apendicectomía, salvo aquellos que presenten criterios de severidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 19 años, sin antecedentes previos, se le realiza una apendicectomía laparoscópica por cuadro de apendicitis aguda, con buena evolución. Biopsia informa "TNE grado II de WHO de 1,6 x 0,8 cm que invade mesoapéndice, sin invasión vascular ni linfática. Recuento de mitosis de 4 en 10 campos, Ki67 positivo hasta en un 10%". Se complementa con TAC, colonoscopia y CEA; todos en rangos normales. Se decide completar con hemicolectomía derecha vía laparoscópica, evolucionando sin incidentes. Control de biopsia quirúrgica sin hallazgos de malignidad.

DISCUSIÓN:

El TNE apendicular se expresa entre los 30-40 años, siendo diagnosticado más frecuentemente como WHO I. Dependiendo de la guía clínica, puede diferir el manejo según tamaño del tumor, siendo unánime que en tumores < 1 cm, la apendicectomía es el tratamiento definitivo; mientras que los > 2 cm. requieren hemicolectomía derecha. En los casos de tumores entre 1-2 cm, dependiendo de criterios histopatológicos, requerirán un manejo más agresivo. En el caso anterior, presentó invasión en mesoapéndice y un Ki67 elevado.

CONCLUSIÓN:

El TNE es una patología muy poco frecuente, que suele presentarse en un cuadro de apendicitis aguda. Dependiendo del tamaño de tumor y las características histológicas, su manejo puede variar desde la misma apendicectomía hasta manejos más agresivos, como son la hemicolectomía dependiendo de la guía utilizada en cada centro, al igual que el seguimiento, siendo recomendado en los tumores > 2 cm o en 1-2 cm con factores de riesgo.

Palabras clave: Neuroendocrine tumors, appendectomy, right colectomy, Ki-67 antigen, neuroendocrino.

Correspondencia: Conrado Pittet 0325 x, Punta Arenas, Chile.

Correo: cnarvaezj94@gmail.com

¹Interno de Medicina, Universidad de Magallanes.

²Cirujano Servicio de Urgencia y Cirugía, Hospital Clínico Magallanes.

PÉNFIGO VULGAR TIPO CUTÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: C. Vera ¹, D. Kelch ¹, S. Henríquez ¹, R. Acle ², F. Param³.

INTRODUCCIÓN:

El pénfigo vulgar es una enfermedad ampollar autoinmune que compromete piel y mucosas (1). Tiene una prevalencia de 0,5 a 3,2 casos por 100.000 habitantes e incidencia de 0,1 a 0,5 casos por 100.000 habitantes/año (2). Afecta ambos sexos por igual, mayormente entre 50 y 60 años. Solo entre 10 a 15% inicia con lesiones en la piel, sin afectación en mucosa. Con una mortalidad cercana al 100% previo al uso de corticoesteroides (3).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino de 73 años, con antecedentes de alcoholismo crónico, síndrome demencial no especificado, artrosis e hipertensión arterial, consulta en Urgencias del Hospital de Victoria junto a su cuidadora, por lesiones cutáneas tipo ampollas que se rompen fácilmente y dejan una superficie ulcerada de un mes de evolución. Sin lesiones previas en mucosa oral, ni uso de nuevos fármacos previamente. Cuidadora refiere múltiples consultas, manejo con antibióticos sin respuesta. Al examen físico destaca ampollas y placas erosivas con base eritematosa en tronco y extremidades, signo de Nikolsky (+) y signo de Asboe-Hansen (+), sin evidencia de lesiones en mucosas. Destaca en los exámenes: Leucocitos 19200, PCR 38,7. Se indicó corticoesteroides con dosis gradualmente crecientes. Se realiza biopsia parcial que es compatible con pénfigo vulgar. El paciente tuvo una buena respuesta, sin complicaciones posteriores, por lo que fue dado de alta a su domicilio con notable mejoría, manteniendo controles con especialidad.

DISCUSIÓN:

En este caso, la sospecha clínica se confirmó mediante biopsia, presentando además remisión con el tratamiento con corticoesteroides. Aunque es una patología poco frecuente, es fundamental la sospecha y confirmación mediante biopsia, además del correcto manejo, disminuyendo su letalidad.

CONCLUSIÓN:

El pénfigo vulgar es una enfermedad poco frecuente y potencialmente letal. Es primordial la sospecha clínica, realizando diagnósticos diferenciales con otras enfermedades ampollares, confirmar mediante histopatología y realizar tratamiento con corticoesteroides, el cual mejora notablemente su pronóstico.

Palabras clave: Pénfigo vulgar, signo de Nikolsky, signo de Asboe-Hansen.

Correo: civeraboutaud@gmail.com

¹Interno Medicina Universidad Mayor, Temuco.

²Interno Medicina Universidad San Sebastián, Puerto Montt.

³Medico General, Hospital San José de Victoria.

INSENSIBILIDAD COMPLETA A LOS ANDRÓGENOS: UN CASO CLÍNICO.

Autores: A. Monsalve¹, F. Saavedra¹, C. Aravena¹, R. Gayoso².

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de insensibilidad completa a andrógenos (CAIS) es una enfermedad genética recesiva ligada al cromosoma X en individuos 46 XY, producto de mutaciones en el gen del receptor de andrógenos manifestándose en un fenotipo femenino con ausencia de estructuras müllerianas y presencia de testículos. Objetivo: Exponer el desafío diagnóstico y terapéutico de CAIS, en una paciente adulta con amenorrea primaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 24 años consultó por amenorrea primaria. Presentó telarquía a los 14 años. Mantiene actividad sexual. Examen físico: talla 1,70 m, IMC 30 kg/m², sin acné, escaso vello axilar y púbico, mamas tanner IV. Presenta nódulos de 3 cm en ambos canales inguinales. Genitales externos femeninos normales. Canal vaginal sin tabiques ni himen, fondo a 5 cm del introito, sin presencia de cérvix. Útero y anexos no palpables. Laboratorio: estradiol bajo, testosterona rango masculino, gonadotropinas y resto de evaluación hormonal normal. Resonancia magnética evidencia ausencia de útero y ovarios, masas sugerentes de testículos en región inguinal. Estudio cromosómico: cariotipo 46 XY. Con diagnóstico sugerente de CAIS se realiza educación, consejería y derivación para gonadectomía.

DISCUSIÓN:

El CAIS se presenta como amenorrea primaria en la pubertad a diferencia de nuestra paciente. Se caracteriza por fenotipo femenino, talla sobre la media, escaso vello axilar y pubiano. Además, ausencia de útero, oviductos y tercio proximal de la vagina, presencia de testículos intraabdominales o en canal inguinal, lo que debe confirmarse con estudio imagenológico, como ocurrió con nuestro caso. La presencia de un cariotipo XY permite diferenciar el cuadro clínico con el Síndrome de Rokitansky, su principal diagnóstico diferencial. Confirmado el diagnóstico, se debe realizar gonadectomía por mayor riesgo de cáncer testicular e inicio de reemplazo hormonal.

CONCLUSIÓN:

Debe considerarse CAIS en el diagnóstico diferencial de amenorrea primaria por las repercusiones inmediatas y a largo plazo.

Palabras clave: Síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos; amenorrea, receptor de andrógenos; cáncer testicular.

Correspondencia: Guillermo Macdonald No02406, Temuco.

Correo: alejandromonsalve2194@gmail.com

¹Interno de Medicina, Universidad de La Frontera.

²Médica cirujana, Endocrinóloga. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

PIODERMA GANGRENOSO BULLOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: J. Arias¹, C. Manríquez¹, N. Ortiz¹, S. Torres¹, B. Leal², A. Martínez³.

INTRODUCCIÓN:

El pioderma gangrenoso bulloso (PGB) es una dermatosis neutrofílica de causa desconocida caracterizada por gangrena cutánea de curso crónico. Puede asociarse a enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide, entre otros. Se manifiesta como una o múltiples lesiones pustulares dolorosas y estériles, que evoluciona a úlcera de crecimiento rápido, culminando en necrosis de la zona con eritema perilesional y socavado por dentro. Suele ser gatillado por un trauma cutáneo o cirugía común.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino 51 años, proveniente de Quilimanzano. Sin antecedentes médicos relevantes, acudió a control dermatológico desde hospitalización por presentar dermatosis localizada en rodilla derecha caracterizada por una lesión de rápido crecimiento tipo vesícula la cual evolucionó a una gran ampolla y posteriormente a una úlcera superficial muy dolorosa de 16 cm de largo y 10 cm de ancho con bordes descamativos, violáceos, bien definidos e irregulares, con centro eritematoso claro; de 10 días de evolución. Se asoció a fiebre, escalofrío, malestar general y cefalea. Fue tratada con prednisona logrando mejoría del cuadro clínico. Se realizó biopsia que resultó inconcluyente, llegando al diagnóstico por la clínica evidente.

DISCUSIÓN:

El PGB tiene una incidencia de 3-10 por millón de habitantes en EEUU. Otras enfermedades sistémicas pueden presentarse hasta en un 50%. Sin características histológicas específicas, el diagnóstico se basa en la exclusión de otras posibles causas de úlceras y clínica. Dada su baja incidencia, no existen guías clínicas de tratamiento. Se utiliza terapia para manejo del dolor, prevención de sobreinfección y terapias específicas para la lesión. El tratamiento es con corticoides sistémicos o sublesionales; como alternativa dapsona, inmunosupresores o biológicos.

CONCLUSIÓN:

A pesar de su baja frecuencia, el diagnóstico se realiza de acuerdo a la clínica y el descarte de otras patologías, es primordial pesquisar enfermedades sistémicas asociadas al cuadro para así prevenir reincidencias y posibles complicaciones.

Palabras clave: pioderma gangrenoso, dermatosis neutrofílica febril aguda, enfermedades de la piel.

Correo: javierariasar@gmail.com

¹Estudiantes de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

²Dermatóloga, Hospital Intercultural Nueva Imperial.

³Médico Cirujano, CESFAM Río Bueno.

NEUMOTÓRAX CATAMENIAL COMO AFECCIÓN INUSUAL DE NEUMOTÓRAX A REPETICIÓN EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS: REPORTE DE CASO.

Autores: B. Godoy¹, P. Velázquez¹, M. Allende¹, C. Hermosilla¹. **Tutor:** M. Alanis².

INTRODUCCIÓN:

El neumotórax catamenial (NC) es la aparición recurrente de aire en la cavidad pleural, frecuentemente del lado derecho, en mujeres premenopáusicas (MP) dentro de las 72 horas antes o después del inicio de la menstruación en ausencia de otras enfermedades pulmonares. Se describen 350 casos en la literatura de neumotórax espontáneo recurrente (NER) en relación a los ciclos menstruales. El 61% de pacientes con NC presentan signos de endometriosis pélvica. La presentación clínica de dolor torácico, tos y disnea es similar a cualquier neumotórax espontáneo (NE). En consecuencia, muchos casos son subdiagnosticados, como en el presente caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 48 años, sin antecedentes mórbidos. Con primer episodio de NE derecho severo el 2015. Se realizó videotoroscopia (VTC) visualizándose blebs con posterior resección. Biopsia informó pleuritis crónica en organización. Posteriormente, la paciente consultó el 2017 tras 11 episodios de NE por cuadro de 10 días de dolor punzante intermitente en 1/3 superior hemitórax derecho asociado a disnea grado 3 según escala MRC. Radiografía de tórax mostró neumotórax derecho severo. A la anamnesis remota paciente relató episodios de neumotórax cursando menstruación, dismenorrea de larga data e infertilidad no estudiada. Se realizó nueva VTC con observación de blebs, efectuándose resección y pleurodesis mecánica. Se inició prueba terapéutica con Sayana® por 2 años sin nuevos episodios de NE y estudio para endometriosis pélvica positivo.

DISCUSIÓN:

El NC debe ser parte del diagnóstico diferencial de NER en MP, siendo necesario una alta sospecha clínica como pilar diagnóstico, pudiendo sospecharse, de acuerdo a los hallazgos de este y otros reportes, ante la historia de NER en relación a la menstruación. No hay hallazgos radiológicos o patológicos patognomónicos para el diagnóstico de esta entidad.

CONCLUSIÓN:

NC es una condición rara y subdiagnosticada, por consiguiente, debe realizarse historia clínica ginecológica detallada ante NER en MP.

Palabras clave: Endometriosis, menstruación, neumotórax, tórax.

Correspondencia: Bárbara Godoy Ayala.

Correo: b.godoy02@ufromail.cl

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

²Cirujano, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

CARCINOMA BASOCELULAR, IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA VENOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: F. Soto¹, C. Heilenkötter², F. Perez², C. Radtke², B. Leal³, M. Maldonado⁴.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer más frecuente de piel y la neoplasia maligna más común en la población blanca, cuya incidencia va en alza globalmente. Surge de la capa basal de la epidermis, siendo su forma clásica la nodular. Es de bajo potencial metastásico, pero localmente invasivo y destructivo. Se relaciona con exposición a luz ultravioleta, especialmente durante la infancia. El diagnóstico se confirma mediante biopsia, determinándose así el subtipo histológico. Un tratamiento adecuado ofrece alta probabilidad de curación.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 97 años, con hipertensión, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, dislipidemia y artritis, con controles adecuados, acude a consulta dermatológica con diagnóstico de úlcera venosa, con mala respuesta a curaciones trisemanales desde hace tres años. Se aprecia dermatosis localizada en región anterior de pierna izquierda caracterizada por úlcera de fondo hipergranulado, limpio, bordes eritematosos irregulares, bien definidos, no dolorosa, de cinco centímetros de diámetro mayor aproximadamente. Tras la sospecha, se toma biopsia incisional de piel informando "Carcinoma basocelular, variedad nodular". Se informa diagnóstico a la paciente, planteándose tratamiento quirúrgico y médico, pero ella rechaza todo tipo de intervención, optándose por manejar de forma paliativa.

DISCUSIÓN:

El CBC es un cáncer de crecimiento lento, potencialmente curable de ser tratado a tiempo. El manejo más recomendado es el quirúrgico, existiendo también terapias locales que incluyen la crioterapia, quimioterapia, inmunomoduladores tópicos, láser, etcétera. En este caso, el diagnóstico fue tardío, manteniendo a la paciente en curaciones por tres años. Lo anterior, sumado a la edad y comorbilidades de nuestra paciente, justifica el manejo paliativo decidido por el equipo.

CONCLUSIÓN:

El CBC es el cáncer de piel más frecuente, siendo importante para el médico general sospecharlo como diagnóstico diferencial ante una lesión con características similares a las previamente descritas, derivando así al especialista para confirmar el diagnóstico mediante biopsia, planteando tratamiento de manera oportuna.

Palabras clave: Carcinoma basocelular, úlcera venosa, diagnóstico diferencial.

Correo: Caro_ihm@hotmail.com

¹Estudiante 5to año medicina, Universidad Mayor sede Temuco.

²Interno Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

³Dermatólogo, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Chile.

⁴Médico Cirujano, Docente Universidad Mayor sede Temuco.

LIQUEN ESCLEROATRÓFICO EXTRAGENITAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: S. Abara¹, N. Ortiz¹, J. Sepúlveda¹, S. Vidal¹, B. Leal de Mantilla^{3,4}.

INTRODUCCIÓN:

Liquen escleroso y atrófico (LEA) es una enfermedad cutánea atrófica crónica que se caracteriza por pápulas y placas induradas blancas anguladas, planas y bien definidas con un halo eritematoso y tapones foliculares negros queratínicos. Suele afectar el área anogenital femenina. Las manifestaciones extragenitales de LEA, son menos frecuentes, presentándose entre el 15 a 20% de los pacientes con LEA. Pueden permanecer asintomáticas o presentar prurito. Se ha asociado a desórdenes autoinmunes, predisposición genética, infecciones o trauma.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 57 años de edad, proveniente de Nueva Imperial, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y dislipidemia. Consulta en policlínico de Dermatología por dermatosis localizada en cara posterior del cuello, caracterizada por placa color marfil, de 3 x 3.5 cm de diámetro, de superficie atrófica, bordes irregulares, bien definidos, pruriginosa, de un año de evolución. En cara lateral derecha del cuello presenta un tumor color piel, de consistencia blanda, de años de evolución. Se realiza biopsia, dando como resultado liquen escleroatrófico y nevo melanocítico dérmico de tipo congénito.

DISCUSIÓN:

El LEA es una enfermedad cutánea atrófica crónica de etiología incierta, que afecta principalmente a mujeres desde la cuarta década de la vida. Las lesiones extragenitales son inusuales, lo que hace interesante este caso, ya que se presentó en el cuello. Por las lesiones escleróticas y atróficas puede simular un liquen plano, morfea, liquen simple crónico, vitiligo, penfigoide cicatricial, por lo que requiere estudio anatomopatológico, que se caracteriza por la presencia de hiperqueratosis con taponamiento folicular, atrofia epidérmica focal, infiltrado perivascular superficial e intersticial linfo-plasmocitario. Se recomienda usar corticoides de alta potencia, sin embargo, suelen tener menor respuesta en las lesiones extragenitales.

CONCLUSIÓN:

Es importante realizar un diagnóstico y tratamiento temprano debido al curso insidioso de esta enfermedad, sin olvidar que la variante extragenital no suele asociarse a malignidad.

Palabras clave: Liquen escleroso y atrófico, dermatosis.

Correo: nicoleortizbaeza@gmail.com

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

²Interna de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

³Médico docente, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

⁴Dermatólogo, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial.

ENFERMEDAD DISEMINADA POR ARAÑAZO DE GATO EN JOVEN INMUNOCOMPETENTE, CASO CLÍNICO.

Autores: I. Carrillo¹, C. Figueroa¹, P. Llanos¹, P. Velásquez¹.

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una patología benigna y autolimitada causada por *Bartonella henselae*, frecuentemente cursa con linfadenopatía regional. Sin embargo, puede diseminarse causando compromiso sistémico grave y granulomas hepáticos o esplénicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre, 17 años, sin antecedentes médicos, dos meses de aumento de volumen submandibular izquierdo y fiebre, consultó en Atención Primaria, sin respuesta a antibióticos. Ecotomografía: Linfonodos cervicales izquierdos, el de mayor tamaño 2.6x1.5cm.

Se agrega dolor súbito abdominal y fiebre hasta 40°C, al examen masa submandibular izquierda de 2cm indolora, móvil, gomosa, abdomen sensible en hipocondrio izquierdo y derecho; antecedente de contacto con felinos. Exámenes sanguíneos: leucocitosis, PCR 118, INR 1.44. Anti-*Bartonella* IgG 1: 320, IgM negativo. Tomografía computada abdomen: En Lóbulo hepático izquierdo lesión hipodensa 12mm, bazo con múltiples lesiones hipodensas de hasta 7 mm. Se sugiere EAG e inició tratamiento con claritromicina, doxiciclina y ceftriaxona. Evolucionó favorablemente, alta con control ambulatorio y tratamiento antibiótico.

DISCUSIÓN:

Dentro de los diagnósticos diferenciales de linfadenopatía, en la infancia lo primero a descartar es origen infeccioso. Así, es crucial una anamnesis detallada e incluir agentes zoonóticos. La EAG es frecuente, clásicamente autolimitada en pacientes con inmunidad conservada, sin embargo, rara vez puede debutar como abdomen agudo por diseminación del patógeno y formación de granulomas hepáticos o esplénicos, con riesgo de mortalidad sin tratamiento adecuado.

CONCLUSIÓN:

En el diagnóstico de síndrome febril asociado a adenopatías en adolescentes hay que considerar la EAG. La importancia del médico es diagnosticar estas patologías precozmente, donde la anamnesis y examen físico son fundamentales para tratar y prevenir complicaciones.

Palabras clave: Enfermedad por arañazo de gato, bartonella henselae, linfadenopatía.

Correo: igncarrillo@gmail.com

¹Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

HEPATITIS AUTOINMUNE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN HOMBRE JOVEN, REPORTE DE CASO.

Autores: C. Figueroa¹, I. Carrillo¹.

INTRODUCCIÓN:

La hepatitis autoinmune (HAI), es una patología progresiva, causa necrosis tisular hepática, por su parte el lupus eritematoso sistémico (LES), produce gran espectro de manifestaciones, descrito como el simulador; ambas entidades crónicas coexisten denominándose Síndrome de superposición, infrecuente presentación con catastrófico pronóstico sin tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre, 18 años, antecedente de psicosis. Cursó con ictericia, dolor abdominal y baja de peso. Exámenes: hiperbilirrubinemia y alza de transaminasas, virus hepatotropos negativos, Anticuerpos Antinucleares 1/320, anti-DNA moderado, Anti - Músculo Liso 1/160, IgG doble del valor normal. Se diagnosticó HAI, se manejó con corticoides, escasa adherencia. Resonancia nuclear abdomen: Hepatoesplenomegalia, ascitis y derrame pleural. Por exámenes inmunológicos alterados, linfopenia, serositis y antecedente psicótico, se diagnosticó LES grave. Evolucionó favorablemente, dado de alta con inmunosupresión de mantención, pero abandonó.

Dos años siguientes, persiste con ictericia y dolor abdominal, consultó en Hospital Regional por dificultad respiratoria, exámenes: alcalosis respiratoria, transaminasas elevadas, hiperbilirrubinemia, coagulopatía, radiografía tórax: derrame pleural bilateral, se realizó pleurostomía. Tomografía computada abdomen-pelvis: hipertensión portal.

Se realiza tratamiento con corticoides y terapia biológica, leve mejoría, solicita alta voluntaria.

DISCUSIÓN:

El síndrome de superposición LES-HAI es raro, difícil de precisar, pues no siempre es simultáneo o se cuenta con biopsia hepática. Este caso cumple 4 criterios para LES, siendo grave por compromiso pulmonar-hematológico, y sólo HAI probable, con 6 puntos. Es importante que hasta 50 % del LES afecta hígado, pero cirrosis hepática de corta evolución es indicativo de HAI, la cual con tratamiento inmunosupresor precoz puede evitarse y lograr remisión de ambas patologías.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico de HAI y LES requiere alta sospecha, descartar patologías más frecuentes, exámenes de laboratorio, imágenes y biopsia, siendo manejo de especialistas. Como médicos generales, es fundamental la derivación para tratamiento oportuno, destacando la necesidad de remisión de actividad para aumentar la sobrevida.

Palabras clave: Autoimmune hepatitis, systemic lupus erythematosus, autoimmune.

Correo: c.figueroa12@ufromail.cl

¹Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

ROL DE LA SEROLOGÍA EN EL ESTUDIO DIFERENCIAL DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Autores: C. Ollier¹, J. Méndez¹, S. Henríquez¹, R. Contreras¹, Dra. Bernardita Herrera².

INTRODUCCIÓN:

Fiebre de origen desconocido en niños se define como cuadro de fiebre sin causa clara determinada que dura entre 10 días y 3 semanas¹. Desde el punto de vista etiológico, la causa infecciosa constituye origen más común², por lo que el estudio serológico y su correcta interpretación constituyen una herramienta clave.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente lactante mayor sin antecedentes, consulta en servicio de urgencia del Hospital de Victoria por cuadro de fiebre alta de 6 días de evolución con peak de 39,5°, sin síntomas asociados. Examen físico: Adenopatías cervicales pequeñas bilaterales. Se toman exámenes y se hospitaliza bajo el diagnóstico de Fiebre sin Foco.

En hospitalización, resultados negativos para Influenza, Adenovirus y Virus Respiratorio Sincicial, se solicita serología por sospecha de enfermedad por arañazo de gato (EAG) iniciándose tratamiento con azitromicina sin resolución de fiebre. Traslado a Hospital de Temuco para estudio de síndrome febril prolongado. Se toma nuevamente serología concluyendo infección por citomegalovirus.

Paciente vuelve a hospital de origen, recibiendo resultados de serología solicitada previa al primer traslado, destacando disminución de los niveles de IgG e IgM para citomegalovirus en comparación a los tomados en Temuco. Además serología (+) para Bartonella Henselae, lo que sumado a estudios de imagen, confirman diagnóstico de EAG.

DISCUSIÓN:

Citomegalovirus y Bartonella Henselae son causas de fiebre de origen desconocido en niños, siendo Bartonella la tercera más común³. Esto lleva a estudiar mediante serología el agente responsable en cuadro agudo, que en este caso puede resultar en positividad simultánea para ambos sumado a una clínica inespecífica llevando a diagnóstico errado. Dos tomas nos pueden orientar si realmente es infección aguda o antigua, lo que fue el caso del citomegalovirus que mostró disminución de los valores para IgM e IgG, no así Bartonella Henselae.

CONCLUSIÓN:

Serología en dos tomas puede ayudarnos a descartar infección antigua evitando confusión diagnóstica.

Palabras clave: Fiebre de origen desconocido, niño, Bartonella henselae, citomegalovirus.

Correo: christian.ollier@mayor.cl

¹Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

²Médica Pediatra, Hospital de Victoria.

¿DÓNDE ESTÁ EL INSULINOMA? PACIENTE CON HIPOGLICEMIAS RECURRENTES E IMAGENOLÓGÍA NEGATIVA.

Autores: S. Peñaloza¹, I.Monsalve¹, G. Henríquez², S. Herrero², R. Gayoso³.

INTRODUCCIÓN:

La Hipoglicemia en pacientes no diabéticos es infrecuente. Su diagnóstico etiológico requiere anamnesis detallada, estudio bioquímico e imágenes. Se reporta el caso de una paciente con hipoglucemias recurrentes y severas asociadas a un insulinoma.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 57 años, consulta por un año de evolución de lipotimia y convulsiones, acompañados de sudoración, palpitaciones, palidez y parestesias de extremidades. Se constatan hipoglicemias (20 - 60 mg/dL) durante los síntomas, que ceden al administrar suero glucosado. Niega consumo de fármacos. Durante hospitalización para estudio, depende de suero glucosado continuo por hipoglicemia severa. Se descarta neoplasia oculta, déficit de GH y cortisol. Se realiza test de ayuno: destaca hipoglicemia sintomática (50 mg/dL) a los 30 minutos, con insulinemia de 28,8 pmol/L y péptido-C: 0,97 nmol/L. Estudio de localización insulinoma: tomografía computada(TC), resonancia magnética(RM) páncreas y tomografía emisión positrones con 68Ga-DOTATATE sin hallazgos. Arteriografía pancreática: lesión hipervascular en cuerpo pancreático. Ecografía intraoperatoria: Dos nódulos en cuerpo del páncreas. Se realiza pancreatectomía corporocaudal. Estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico confirma insulinoma. Actualmente sin hipoglicemias.

DISCUSIÓN:

La hipoglicemia se define por la triada de Whipple: síntomas de hipoglucemia (autonómicos y/o neuroglucopénicos), baja glicemia durante los síntomas (<55 mg/dl) y mejoría sintomática con euglicemia. Condiciones que presentó la paciente reportada. En un paciente con hipoglicemia hiperinsulinémica endógena, especialmente de ayuno, se debe buscar insulinoma. El estudio de localización consiste en: ecografía y TC, RNM, endosonografía o pet scan y finalmente angiografía con estimulación de calcio. En la paciente se realizó estudio imagenológico sin hallazgos. El tumor se encontró por ecografía intraoperatoria. Aunque la severidad de la hipoglicemia y precocidad del test de ayuno se correlacionan con un tumor de gran tamaño, el insulinoma de la paciente fue de muy difícil localización.

CONCLUSIÓN:

En un paciente con hipoglicemia recurrente severa con hiperinsulinismo, debe considerarse insulinoma aún en ausencia de correlación radiológica.

Palabras claves: Insulinoma, Hipoglucemia, Neoplasias pancreáticas.

Correspondencia: Sebastian Peñaloza Castillo, General carrera 651, 406. Temuco.

Correo: Sebastianpenalozacastillo@gmail.com

¹Interno/a de Medicina, Universidad de la Frontera.

²Estudiante de Medicina, Universidad de la Frontera.

³Endocrinología y Diabetes, Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena.

NEVO VERRUGOSO LINEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: S.Gutiérrez¹, N. Ortiz¹, F. Contreras¹, J. Sepúlveda¹, B. Leal de Mantilla², A.Soublette³.

INTRODUCCIÓN:

Nevo Epidérmico (NE) es un hamartoma caracterizado por hiperplasia de epidermis, incluyendo estructuras anexas. La prevalencia va desde un 0.1 a 0.5% y no hay predilección por género o raza. El nevo epidérmico verrugoso lineal (NEVI) corresponde a una hiperplasia de queratinocitos. Clínicamente se presenta como pápulas, placas y/o nódulos de color piel o café de superficie verrugosa y trayecto lineal, siguiendo las líneas de Blaschko. Puede presentarse como “síndrome del nevo epidérmico” (SNE), manifestando alteraciones en cerebro, ojos, músculos o huesos. Esta patología resulta de una mutación genética. Dentro del tratamiento la cirugía con resección hasta la dermis es curativa.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 8 años, proveniente de Nueva Imperial, sin antecedentes médicos de relevancia. Consultó en policlínico de dermatología por dermatosis localizada en labio mayor izquierdo, extendido a región inguinal, cara interna de muslo ipsilateral, finalizando en hueco poplíteo; Caracterizada por placas marrón oscuro de superficie lobulada de trayecto lineal, bordes irregulares, mal definidos y confluentes. La madre refirió que esta lesión comenzó desde los 3 meses de edad. Se realizó biopsia que resultó positiva para NEVI, también se derivó a neurología y traumatología infantil que descartaron alteraciones patológicas. Actualmente está en espera de interconsulta con cirugía infantil. No se solicitaron otros exámenes.

DISCUSIÓN:

El NEVI es el tipo más común de NE, se manifiesta desde el nacimiento y puede agrandarse con el tiempo.

Para el manejo se debe considerar la extensión y el lugar de la lesión. Como se mencionó, dentro del tratamiento la cirugía de remoción hasta la dermis es curativa. Otras alternativas menos eficaces son el uso de corticoides tópicos, ácido retinoico y remoción por láser.

CONCLUSIÓN:

Es una patología infrecuente, pero su asociación con el SNE hace que sea de suma importancia su detección y derivación temprana.

Palabras clave: Nevo epidérmico, hamartoma, anomalías congénitas.

Correo: s.gutierrezparada@gmail.com

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

²Dermatóloga, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial.

³Médico docente, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

CANCER ANAPLÁSICO DE TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO RESECABLE.

Autores: D.Navarro¹, S.Muñoz², W.Seguel³, S. López⁴.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de tiroides corresponde a la neoplasia endocrina más frecuente, sin embargo, aquellos de histología indiferenciada, en específico del tipo anaplásico corresponden a un grupo casi anecdótico, destacando por su alta mortalidad e irresecabilidad dentro del grupo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 88 años, sin patologías tiroideas previas, consulta por historia de dos meses de aumento de volumen cervical anterior de rápida progresión, al examen físico destaca bocio multinodular, con prolongación continua hacia lateral derecho, indoloro, fijo. Análisis de laboratorio mostró perfil tiroideo normal, al igual que el renal, hepático y hemograma. Ecotomografía cervical informó en lóbulo derecho gran nódulo bilobulado, hipoecogénico, heterogéneo que deforma la glándula, de 7cm en su eje mayor. Punción aspirativa por aguja fina concluyó Bethesda VI. Tomografía computarizada contrastada evidencia resecabilidad de la lesión, nasofibroscopía sin compromiso de cuerdas vocales. Se realizó tiroidectomía total con disección cervical central. Paciente evolucionó en postoperatorio con parálisis bilateral de cuerdas vocales, estridor laríngeo y disnea ante lo cual requirió hospitalización en unidad de paciente crítico, se realizó traqueostomía y gastrostomía, siendo dada de alta en buenas condiciones desde sala común. Estudio anatomopatológico de pieza quirúrgica concluyó carcinoma anaplásico de tiroides. A los 60 días de postoperatorio destaca con fonación en clara recuperación, y deglución de semisólidos sin dificultad.

DISCUSIÓN:

El carcinoma anaplásico de tiroides es infrecuente, pero de alta mortalidad. Su rápido crecimiento y por ende diseminación son determinantes. Ante esto, el abordaje quirúrgico suele ser indicado de forma excepcional frente al frecuente estado de irresecabilidad en el que se presenta.

CONCLUSIÓN:

Siempre que el cáncer anaplásico de tiroides no se encuentre en etapa de irresecabilidad, el tratamiento quirúrgico estará indicado como parte de un abordaje multidisciplinario, es de destacar la pericia necesaria para realizar esta cirugía, considerando la morbilidad asociada y la dificultad para seleccionar a los pacientes candidatos a la misma.

Palabras clave: Carcinoma, Neoplasia de la glándula tiroides, Parálisis de los pliegues vocales.

Correspondencia: Camino a paillao, Parcela #30. Valdivia, Región de los Ríos.

Correo: Dnna92@gmail.com

¹Interno 7mo Año Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Valdivia. Valdivia.

²Médico cirujano, CESFAM Panguipulli, Panguipulli.

³Médico cirujano, Hospital de Panguipulli, Panguipulli.

⁴Interna 6to Año Medicina, Universidad de la Frontera.

ENFERMEDAD DE FAVRE-RACOUCHOT. REPORTE DE UN CASO.

Autores: C. Candia¹, B. Balboa¹, B. Espinoza¹, G. Prado¹, B. Leal de Mantilla^{2,3}.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Favre-Racouchot (EFR) es una dermatosis inducida por exposición crónica al sol. Se caracteriza clínica e histológicamente por la presencia de comedones y quistes en el contexto de una degeneración elastótica de la dermis. Las lesiones se ubican principalmente en las regiones malar y periorbitaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Un paciente masculino de 59 años, con antecedentes de hábito tabáquico (IPA 29), hábito alcohólico, y exposición laboral al sol sin protección conocida. Presenta una dermatosis de años de evolución, localizada en la región cigomática y periorbitaria bilateral. Caracterizada por múltiples tumoraciones de coloración amarillenta, bordes irregulares, confluentes formando una gran placa de superficie cérea, con escasos comedones abiertos y elastosis solar. Se realiza biopsia, señalando quistes foliculares de tipo infundibular, sugerente de EFR.

DISCUSIÓN:

La EFR se considera un trastorno del adulto mayor, con mayor prevalencia en varones caucásicos.

La patogénesis no está determinada, pero se ha encontrado relación entre la EFR y la exposición crónica a radiación UV y el tabaquismo. En el presente reporte de caso, a la anamnesis se determinan ambos factores.

El diagnóstico es principalmente clínico y puede confirmarse por biopsia, tal como ocurrió en el presente caso.

No existen pautas estandarizadas para el tratamiento de EFR, por lo que queda a criterio del dermatólogo tratante el uso de retinoides tópicos, extracción mecánica, dermoabrasión, láser de dióxido de carbono pulsado, y/o extracción quirúrgica.

CONCLUSIÓN:

Dado que la EFR es una patología infrecuente, pero siendo los factores relacionados a esta ampliamente distribuidos, es fundamental que sea considerada como un diagnóstico diferencial en pacientes adultos mayores con antecedentes de exposición a radiación UV y tabaquismo, que presenten lesiones en zonas faciales fotoexpuestas congruentes con lo presentado.

Palabras clave: Dermatitis facial, quiste folicular, luz solar, facial dermatoses, skin diseases.

Correo: camii.candia.alegria@gmail.com

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

²Médico docente, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

³Dermatóloga, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial.

DISECCIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA CON INFARTO MALIGNO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA, SECUNDARIO A TRAUMA PENETRANTE CERVICAL.

Autores: J. Faret¹, V. Vásquez¹, R. Castro¹, C. Zamorano¹, H. Escalante².

INTRODUCCIÓN:

La disección de arteria carótida interna (DACI) en su porción extracraneal representa hasta 20% de los accidentes cerebrovasculares (ACV) en adultos jóvenes. Se clasifica en espontánea y traumática. En el trauma penetrante cervical las disecciones ocurren sólo en el 2%. El diagnóstico debe ser oportuno, ya que las complicaciones incluyen déficit neurológico severo y mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 36 años, previamente sano, sufrió herida cortante en región preauricular izquierda. Ingresó al servicio de urgencias inestable hemodinámicamente, se manejó con volemicización y drogas vasoactivas. Al examen presentó escala de coma de Glasgow (GCS) en 15, parálisis facial periférica, ptosis izquierda y anisocoria. Tomografía computarizada (TC) de cerebro evidenció lesión de arteria temporal superficial izquierda. Al día siguiente presentó caída del GCS a 11, sopor superficial, afasia global, ptosis y miosis a izquierda compatible con síndrome de Horner parcial, examen motor con hemiplejía derecha. TC cerebral mostró hipodensidad territorio arteria cerebral media izquierda (ACM) con efecto de masa. Angio TC de cerebro y cuello: DACI y aparente embolia arterio-arterial en territorio de ACM izquierda. Se sometió a craneotomía descompresiva frontoparietotemporal izquierda como salvataje. Evolucionó favorablemente.

DISCUSIÓN:

El mecanismo del ACV en la DACI es principalmente resultado de embolismo arterio-arterial proveniente de la región disecada, afectando generalmente el territorio de la ACM ipsilateral. Estos eventos son usualmente precedidos por síntomas locales como cefalea, cervicalgia y síndrome de Horner parcial, a los cuales se debe estar atento. El diagnóstico debe apoyarse con neuroimágenes como resonancia magnética o Angio TC. Respecto al tratamiento de la DACI no existe consenso, sin embargo, en caso de ACV maligno, la craneotomía descompresiva disminuye la tasa de mortalidad de un 80% a un 30%.

CONCLUSIÓN:

Resulta fundamental en trauma penetrante de cuello, la observación y la sospecha de disección carotídea ante aparición de síntomas neurológicos locales.

Palabras clave: Isquemia cerebral, disección de arteria carótida interna, síndrome de Horner, traumatismos de las arterias carótidas.

Correspondencia: Javiera Faret Contreras, Universidad de La Frontera.

Correo: javierafaret@gmail.com

¹Interna de séptimo año de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Neurocirujano, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

QUERATOACANTOMA GIGANTE : A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: S. Abara¹, F. Contreras¹, J. Sepúlveda¹, F. Villablanca¹, B. Leal de Mantilla^{2,3}, A. Soublette².

INTRODUCCIÓN:

El queratoacantoma (QA) es una neoformación crateriforme epidérmica, caracterizada por crecimiento rápido e involución espontánea. Considerado una variante de carcinoma espinocelular (CEC). El QA gigante se caracteriza por ser mayor a 2 centímetros, pudiendo ocasionar desfiguramiento cosmético. Dada su confusión histopatológica con un carcinoma, el mejor tratamiento es la extirpación quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 81 años con antecedente de queratosis actínicas múltiples, acude a control dermatológico, donde señala lesión de crecimiento rápido (un mes). Se observa en cara posterior de antebrazo derecho tumor de 2.5 x 2.5 cm de diámetro, bordes elevados, eritematosos, bien definidos, irregulares, con centro costroso, sobre una base eritematosa. Se realiza biopsia la que resulta en QA con posibilidad de CEC.

DISCUSIÓN:

El QA es considerado para algunos autores como una variante de CEC. La etiología es multifactorial, siendo la exposición solar la causa de aparición clásica. La mayoría se comportan como un tumor benigno, pero pueden ser agresivos (20%), con invasión local y metástasis a ganglios linfáticos regionales. En cuanto al diagnóstico, ante cualquier lesión clínicamente sospechosa se debe realizar biopsia. Es recomendable la intervención terapéutica para acelerar la resolución y prevenir la incrustación en estructuras vitales secundaria a un crecimiento rápido.

CONCLUSIÓN:

El QA es considerado una patología variante del CEC. En caso de sospecha diagnóstica, se debería realizar biopsia. Confirmado el diagnóstico, lo recomendado es la extirpación quirúrgica de la lesión, debido a su probable agresividad.

Palabras clave: Carcinoma, dermatología, queratoacantoma.

Correo: sa.abaralo@gmail.com

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

²Médico docente, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

³Dermatóloga, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial.

PRESENTACIÓN SINTOMÁTICA DE HIDRONEFROSIS SEVERA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: D. Ramírez¹, V. Vergara¹, P. Díaz¹, D. Zúñiga¹, L. Muñoz².

INTRODUCCIÓN:

La hidronefrosis consiste en la dilatación de la pelvis renal. Es un hallazgo común en la ecografía prenatal, siendo en la mayoría un estado fisiológico asintomático transitorio o malformaciones de las vías urinarias (MVU). La obstrucción ureteropélvica tiene una incidencia de 0,2% en Estados Unidos y su afectación bilateral sólo 10 %.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Lactante masculino con diagnóstico prenatal de hidronefrosis bilateral severa, en profilaxis con cefadroxilo, ingresó a Hospital de Angol por cuadro de dificultad respiratoria, dolor abdominal y vómitos de 2 días de evolución. Al examen físico con hemodinamia estable, polipneico requiriendo oxígeno suplementario, distensión abdominal importante con masa palpable. En radiografía de abdomen se observa aplanamiento diafragmático secundario a masa abdominal. Ecotomografía renovesical informó un diámetro de pelvis renal (DPR) izquierda de 116 mm y derecha de 25 mm, ocupando gran parte del abdomen comprimiendo vejiga. Debido a insuficiencia respiratoria y renal aguda, se trasladó a centro de referencia para realización de nefrostomía de urgencia. En estudio posterior con renografía diurética, se evidencia disminución de función renal izquierda del 15% y derecha del 85%. Actualmente se encuentra asintomático sin complicaciones.

DISCUSIÓN:

Se presenta este caso debido a su singularidad y desafío clínico. Lo inusual es el DPR izquierdo (116 mm) que supera ampliamente el valor normal de 10 mm. Además, muy raramente la hidronefrosis es aparente como efecto de masa, sin embargo, se presenta en este paciente una distensión abdominal enorme, la cual provoca una insuficiencia respiratoria aguda. Por lo anterior se decidió nefrostomía de urgencia, pese a no ser el procedimiento de elección, ya que el estudio postnatal permite una planificación quirúrgica adecuada.

CONCLUSIÓN:

Si bien las MVU son frecuentes, establecer el diagnóstico prenatal precoz es primordial para planificar intervenciones quirúrgicas apropiadas. Dentro de sus manifestaciones, la insuficiencia respiratoria es excepcional, siendo fundamental su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Hidronefrosis, nefrostomía, pediatría.

Correo: diego.ramirez.cer@gmail.com

¹Interno Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco.

²Médico Cirujano, Especialista en Pediatría, Hospital de Angol.

SÍNDROME VERTIGINOSO COMO FORMA PRESENTACIÓN DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: M. Jara¹, M. Sobarzo², M. Delgado², N. Paredes², Dr. N. Aguilera³.

INTRODUCCIÓN

La Macroglobulinemia de Waldenström (MW) es un linfoma linfoplasmocítico infrecuente (3/1.000.000 personas/año en Estados Unidos (1)). No se han determinado factores causales o predisponentes claros, sin embargo, hay una mutación recurrente del gen MYD88 en la mayoría de pacientes, aunque no son completamente específicas (2). Se presenta con hiperviscosidad y fenómenos autoinmunes, infiltración de la médula ósea por células linfoplasmocíticas e IgM elevada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 64 años, sin antecedentes previos, consultó en Curacautín por síndrome vertiginoso de evolución insidiosa, sin respuesta a tratamiento, asociado a escotoma y disnea de esfuerzo progresiva NYHA III. En exámenes destaca anemia normocítica severa, trombocitopenia y proteínas totales elevadas, con función renal normal. Se deriva a Hospital Victoria. Al examen físico presenta mucosas pálidas y esplenomegalia, sin adenopatías palpables. No se observan lesiones osteolíticas en radiografía de cráneo y pelvis. Se solicita estudio etiológico destacando estudio carencial de anemia normal, VHB/VHC/VIH/VDRL (-), test de coombs (+), LDH elevada con bilirrubina normal e hipercalcemia. Al frotis de sangre periférica: Rouleaux (+++), células plasmáticas 8%, IgM monoclonal. TAC tórax-abdomen-pelvis con adenopatías retroperitoneales inespecíficas. Se deriva a Temuco para confirmar diagnóstico de Linfoma no Hodgkin de células B tipo MW. Actualmente en quimioterapia.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico definitivo se basa en la biopsia e inmunotipificación, sin embargo, la clínica y presencia de proteína IgM monoclonal son orientativos. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con gammapatía monoclonal de significado incierto y otros trastornos asociados a IgM monoclonal.

CONCLUSIÓN:

La MW no tiene actualmente tratamiento curativo, pero su diagnóstico temprano ayuda a controlar los síntomas y prevenir el daño orgánico, mejorando la calidad de vida del paciente. El pronóstico es variable y depende de cada paciente.

Palabras clave: Macroglobulinemia de Waldenström, inmunoglobulina M, anemia.

Correo: Macarena.sobarzo@mayor.cl

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

²Interno (a) de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

³Médico Cirujano, Hospital San José de Victoria.

EPISTAXIS EN LACTANTE MAYOR: UNA ENTIDAD RARA PERO IMPORTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: D. Zúñiga¹, D. Ramirez¹, V. Vergara¹, M. Sobarzo¹, L. Muñoz².

INTRODUCCIÓN:

La epistaxis corresponde al sangrado de la mucosa nasal, constituye un problema habitual en los servicios de urgencia, comúnmente autolimitado. Sin embargo, en menores de 2 años resulta excepcional y merece consideración, puesto que su presencia puede asociarse a enfermedades sistémicas graves o traumatismo no accidental.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Lactante de 1 año y 3 meses, acudió al servicio de urgencias, por cuadro de 10 días de epistaxis recurrentes de difícil control, asociado a compromiso del estado general. Previamente consultó en tres oportunidades, tratándose sintomáticamente. Los signos vitales al ingreso son FC:178 lpm, FR:28 rpm, T°:37.2°C. Al examen físico: palidez de piel y mucosas, epistaxis activa, faringe no congestiva, abdomen doloroso, sin visceromegalias; equimosis de 2 días en extremidades. Exámenes de laboratorio: hematocrito:8.8%, hemoglobina:2.7gr/dl, leucocitos:48.6x10³/ul, neutrófilos: 670xmm³, plaquetas:8x10³/ul, al frotis impresiona 75% de blastos. TP:19.5s, TTPK: incoagulable, LDH:415U/l. Se realizó compresión digital, logrando hemostasia; se indicó trasfusión de glóbulos rojos 10cc/kg y plaquetas, derivándose a Hospital Temuco para su administración y estudio, ante sospecha de leucemia linfoblástica aguda (LLA), logrando estabilización. Posteriormente se confirmó sospecha mediante mielograma.

DISCUSIÓN:

La epistaxis pediátrica ocurre comúnmente entre los 3 y 8 años, siendo excepcional en lactantes con una incidencia de 1/10000, el presente caso refleja el compromiso sistémico tras esta patología, la cual se presentó en contexto de un síndrome hemorrágico por insuficiencia medular en LLA. El enfoque para la evaluación y manejo de la epistaxis en este grupo de edad no está estandarizado; sin embargo, resulta importante un examen físico acucioso y la realización de pruebas de cribaje.

CONCLUSIÓN:

Se debe considerar que múltiples patologías cursan con hallazgos inespecíficos y de difícil distinción de las enfermedades autolimitadas infantiles. Resulta vital que el médico sea capaz de identificar aquellos síntomas epidemiológicamente atípicos, a fin de lograr acciones oportunas y disminuir la policonsulta.

Palabras clave: Leucemia, epistaxis, anemia.

Correo: Daniela.zunigal@mayor.cl

¹Interno Medicina, Universidad Mayor Temuco.

²Médico Pediatra, Hospital de Angol.

SÍNDROME DE BOERHAAVE Y QUILOTÓRAX: REPORTE DE CASO.

Autores: C. Hermosilla¹, P. Ebersperger¹, A. Collipal¹, I. Lorenzi¹, J. Osses².

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Boerhaave (SB) corresponde a una perforación transmural esofágica asociada a alta morbimortalidad, con una incidencia de 3.1 por cada 1.000.000 de habitantes. Se ha descrito al quilotórax como una complicación poco frecuente de la cirugía esofágica. Se presenta caso donde se conjugan ambas entidades, manejadas en el Hospital Regional de Temuco.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 76 años, sin antecedentes de relevancia, consultó en urgencia por cuadro agudo de dolor epigástrico y vómitos intensos tras lo cual desarrolló dolor torácico intenso. Se realizó diagnóstico de pancreatitis aguda evolucionando con shock e insuficiencia respiratoria grave. Tomografía computarizada evidenció neumotórax derecho con desplazamiento de mediastino, se realizó pleurostomía con salida de líquido oscuro turbio.

Debido a sospecha de SB, se realizó toracotomía exploradora donde se repara defecto en tercio medio esofágico. Evolucionó con mediastinitis y empiema secundario, nueva toracotomía evidenció dehiscencia completa de sutura esofágica, realizándose esofagectomía. Evoluciona con débitos altos por pleurostomía de aspecto lechoso y triglicéridos elevados, diagnosticándose un quilotórax que fue tratado con ligadura intraoperatoria del conducto torácico. A pesar de terapia de soporte y antibioterapia, paciente fallece.

DISCUSIÓN:

Los vómitos intensos están descritos como una causa frecuente de SB y la ruptura a nivel intratorácico se asocia a mayores complicaciones. Dado el cuadro clínico de la paciente la cirugía constituía el tratamiento de elección. Existen múltiples causas de quilotórax, sin embargo, en este caso lo más probable que se haya dado como una complicación quirúrgica. A pesar de un manejo óptimo, la conjugación de una pancreatitis aguda, SB y quilotórax condicionó el pronóstico de la paciente.

CONCLUSIÓN:

Se requiere una alta sospecha para el diagnóstico de un SB, es importante un manejo oportuno dado la gravedad del cuadro. El quilotórax es una complicación infrecuente pero grave de la cirugía esofágica que confiere una alta morbimortalidad pese a un manejo adecuado.

Palabras clave: Síndrome de Boerhaave, quilotórax, cirugía torácica.

Correo: cata.hermosilla.f@gmail.com

¹Interno(a) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Residente de Cirugía, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

TUMOR INGUINAL VOLUMINOSO COMO PRESENTACIÓN DE MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: M. Pradenas¹, S. Rodríguez¹, N. Bustos¹, H. Del Valle¹, B. Abarca².

INTRODUCCIÓN:

Melanoma es el 3% de los cánceres de piel en el mundo. En Chile tiene tasa de incidencia de 0.75 a 2.87 por 100.000 habitantes y es el cáncer de piel con más mortalidad. Esto porque frecuentemente los diagnósticos son en etapa de metástasis y tiene baja sospecha si hay regresión del tumor primario como parte de la respuesta inmune por linfocitos T. El objetivo del presente caso es dar a conocer una forma de presentación poco común del melanoma y su enfrentamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Agricultor de 65 años con vitíligo, consultó por tumor inguinal derecho de 2 años de crecimiento progresivo, doloroso, bordes bien definidos, consistencia firme, adherido a planos profundos, sin otras lesiones sospechosas, asociado a baja de peso, sensación febril y edema de extremidad inferior. Laboratorio: lactato deshidrogenasa (LDH) 2009 U/L, negativo para B-2 microglobulina, sífilis y panel viral. Tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis: masa inguinal de 13.8 x 8.9 cm, asociada a 3 adenopatías y trombo tumoral intraluminal de vena femoral común. Múltiples adenopatías abdominales y retroperitoneales. Biopsia: microscopía inespecífica, inmunohistoquímica (vimentina, SOX10, S100 y HMB45) positiva para melanoma maligno, estadificado en etapa IV por áreas metastásicas pulmonares en TAC de tórax. Se inició anticoagulación oral más analgesia de primer escalón con buena respuesta, se derivó a comité oncológico y cuidados paliativos.

DISCUSIÓN:

Se debe sospechar melanoma diseminado en masas tumorales con primario desconocido. El enfrentamiento debe considerar historia, examen físico exhaustivo y confirmación histopatológica temprana, dado que la diseminación linfática inicial tiene resolución quirúrgica pero la avanzada tiene supervivencia global de 8-10 meses.

CONCLUSIÓN:

El melanoma puede manifestarse como lesiones evidentes típicas, pero también puede haber regresión del tumor primario y aparecer en etapa avanzada con masas tumorales que deben inspirar búsqueda precoz.

Palabras clave: Cáncer de piel, melanoma, metástasis.

Correo: maria.pradenase@mayor.cl

¹Interno (a) de medicina, séptimo año. Universidad Mayor, Temuco.

²Médico Internista. Hospital San José de Victoria, Victoria.

QUISTE HIDATÍDICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS MUSCULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: S. Henríquez¹, C. Vera¹, C. Ollier¹, A. Morales¹. Tutor: A. Ortiz².

INTRODUCCIÓN:

La hidatidosis es una antropozoonosis causada por especies de *Echinococcus*, siendo *E. granulosus* el responsable más común de la formación quística¹. Sus localizaciones más frecuentes son hígado y pulmón, representando cerca del 90% de los casos. La hidatidosis muscular representa menos del 1% de estos, siendo más común en muslo y músculos paravertebrales².

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 84 años, con antecedentes de ruralidad, consulta por dolor y aumento de volumen en muslo derecho de un mes de evolución. Al examen físico presenta aumento de volumen doloroso de consistencia renitente, límites difusos, que compromete casi la totalidad de este. En exámenes destaca aumento de parámetros inflamatorios y eosinofilia. Radiografía de extremidad muestra calcificaciones en parte media del muslo derecho, sin alteración ósea. Se hospitaliza para continuar estudio. En exámenes realizados presenta cultivos, marcadores tumorales, baciloscopias, PCR para tuberculosis negativos. Ecografía de extremidad inferior derecha muestra voluminosas colecciones heterogéneas y fluctuantes, en compartimiento del cuádriceps femoral. Se complementa estudio con tomografía computarizada (TC) que evidencia absceso multiloculado en plano muscular anterior y posterior del muslo derecho. Se realiza cirugía con hallazgo de múltiples colecciones de consistencia blanda y aspecto caseoso. Biopsia confirma quiste hidatídico. Serología para *Echinococcus granulosus* resulta positiva. Se excluye compromiso de otros órganos mediante clínica e imagenología, y se inicia tratamiento con albendazol continuando controles con especialidad.

DISCUSIÓN:

La hidatidosis muscular es una enfermedad infrecuente, pero debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con clínica de masa muscular, en cuyos exámenes destaque elevación de parámetros inflamatorios y eosinofilia, sugerente de parasitosis, principalmente en sectores endémicos.

CONCLUSIÓN:

Los quistes hidatídicos musculares suelen presentar un crecimiento progresivo, por lo que la masa palpable suele ser el síntoma de consulta más constante³. Su diagnóstico se basa en antecedentes clínicos y epidemiológicos, junto a una imagen compatible y su tratamiento de elección es la periquistectomía.

Palabras clave: *Echinococcus*, equinococosis, músculos.

Correo: stephaniehenriqh@gmail.com

¹Interno Medicina Universidad Mayor Sede Temuco.

²Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital San José de Victoria.

DIABETES MELLITUS ASOCIADO A GLUCOGENOSIS TIPO III, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: I. Monsalve¹, A. Monsalve¹, S. Peñaloza¹, C. Aravena¹, R. Gayoso².

INTRODUCCIÓN:

Glucogenosis tipo III (GSD-III) es un desorden autosómico recesivo de incidencia 1/100.000, se produce por la mutación del gen AGL, causando déficit de la enzima desramificadora del glucógeno. La presentación clásica es hepatomegalia e hipoglicemia a temprana edad. Se reporta el caso de un hombre con GSD-III que cursa con diabetes mellitus (DM).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 50 años, diagnosticado con GSD-III a los meses de vida, debut con hepatomegalia y miocardiopatía. A los 30 años se diagnóstica DM. Al examen físico sin hepatomegalia ni estigmas de daño hepático crónico (DHC); transaminasas levemente elevadas, perfil lipídico normal. Inicialmente se mantiene solo con dieta ajustada, pero escala hasta requerir uso de insulina por mal control metabólico en 10 años. A los 41 años se evidencia cirrosis e hipertensión portal requiriendo en el curso de 5 años trasplante hepático. Actualmente sin alteración hepática morfológica ni funcional. Persiste con diabetes de difícil manejo por tendencia a hipoglicemia, alimentándose cada 2 horas. Usuario de Insulina Glargina 100UI, 28 UI + Insulina Aspártica en fórmula prandial.

DISCUSIÓN:

GSD-III se comporta como enfermedad crónica en adultos, con complicaciones hepáticas, cardíacas, neuromusculares y metabólicas. En GSD-III se ha reportado mayor incidencia de diabetes que en población general, presuntamente secundaria a cirrosis hepática y característicamente se presenta cuando la enfermedad hepática es avanzada, a diferencia de nuestro paciente, quien no presentaba evidencia de DHC al diagnóstico de DM. El trasplante hepático tiende a mejorar el control glicémico en pacientes cirróticos con DM hepatógena, situación que no ocurrió en el caso reportado. La coexistencia de DM y GSD-III es desafiante en cuanto al tratamiento por la tendencia a hipoglicemia, no obstante, el paciente ha requerido uso de insulina para un control óptimo.

CONCLUSIONES:

En pacientes con GSD-III debe plantearse otras etiologías de diabetes además de la hepatógena, para un tratamiento dirigido precoz.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Glycogen Storage Disease Type III, Liver cirrhosis.

Correspondencia: Guillermo Macdonald N°02406, Temuco.

Correo: Isamonsalve.g@gmail.com

¹Interno de Medicina, Universidad de La Frontera.

²Médica cirujana, Endocrinóloga. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

UTILIDAD DEL PROTOCOLO HINTS EN EL ESTUDIO ETIOLÓGICO DEL SÍNDROME VESTIBULAR, A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: C. Gomá¹, N. Opazo², E. Jaramillo³, P. Cadena⁴. **Tutor:** M. Leal⁵.

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos del equilibrio son motivo frecuente de consulta, con prevalencia de 17-30%.

El vértigo es síntoma de una asimetría en el sistema vestibular, debido a una disfunción del laberinto, el nervio vestibular, o las estructuras vestibulares centrales en el tronco encefálico y tiene una amplia variedad de etiologías.

Las causas periféricas de vértigo comprenden el 80% de los casos, siendo la neuronitis vestibular de las más comunes, generalmente de etiología viral.

El protocolo HINTS es una herramienta con alta sensibilidad para determinar la etiología del vértigo, y consiste en realizar la prueba de impulso cefálico, observar el nistagmo espontáneo y la prueba de cobertura.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 47 años consulta por 6 días de vértigo intenso, inestabilidad, náuseas, vómitos y tinitus derecho.

Presenta nistagmo horizontal a izquierda, inagotable, sin latencia, cumple con ley de Alexander, sin desviación ocular vertical, reflejo vestíbulo ocular alterado a derecha. Se estudia con videonistagmografía en donde se observa nistagmo espontáneo grado III a izquierda, que disminuye con fijación ocular. Prueba calórica con hipoexcitabilidad derecha, reflejo vestíbulo ocular alterado a derecha, compatible con hipofunción vestibular derecha.

Se diagnostica neuronitis de vestibular y se maneja con rehabilitación vestibular, además de corticoides y antivertiginosos en el periodo agudo, con excelente resultado.

DISCUSIÓN:

El protocolo HINTS permite descartar un ataque cerebrovascular con una sensibilidad del 95% y mayor fiabilidad que una resonancia magnética en las primeras 24-48 horas.

Se debe sospechar patología central en caso de presentar nistagmo multidireccional, impulso cefálico sin acomodación (reflejo vestíbulo ocular alterado se observa en vértigos periféricos) y prueba de cobertura con desviación vertical.

CONCLUSIÓN:

En el enfrentamiento de un síndrome vertiginoso es esencial realizar una buen anamnesis y examen físico, ya que nos permite diferenciar entre centrales y periféricos y así realizar un correcto manejo.

Palabras claves: Vértigo periférico, neuronitis vestibular, nistagmo patológico.

Correspondencia: Carolina Gomá de la Harpe.

Correo: carolina.gomad@mayor.cl.

¹Interna Medicina séptimo año, Universidad Mayor Temuco, Región de la Araucanía.

²Médico EDF Hospital Gorbea, Gorbea, Región de la Araucanía.

³Médico EDF CESFAM Perquenco, Región de la Araucanía.

⁴Médico EDF Hospital Vilcún, Región de la Araucanía.

⁵Becada Otorrinolaringología Universidad de Concepción, Región del Biobío.

INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE COMO MANIFESTACIÓN DE PIONEFROSIS POR LITIASIS RENAL CORALIFORME.

Autores: C. Muñoz¹, F. Rojas¹, C. Sanzana¹, M. Ramírez².

INTRODUCCIÓN:

La pionefrosis es la infección severa del sistema colector renal obstruido, esta puede ocurrir a cualquier edad y está asociada a nefrolitiasis en 50-70% de los casos en adultos (75% cálculos coraliformes). Los microorganismos causantes más frecuentes son bacterias gram-negativas, especialmente Klebsiella spp.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta caso de paciente femenina de 76 años con antecedente de gastrectomía total y nefrolitiasis bilateral de larga data con historia infecciones del tracto urinario recurrentes, que consulta en urgencias por cuadro agudo de sensación febril y dolor lumbar, demostrándose taquicardia y puño-percusión positiva bilateral, el laboratorio presenta aumento de parámetros inflamatorios y el examen de orina es sugerente de infección, iniciándose tratamiento antibiótico empírico; se solicita pielografía y ecografía renal que evidencian litiasis renal bilateral, mayor a 15 mm a izquierda con morfología coraliforme asociada a pionefrosis e hidroureteronefrosis severa, por lo que se practica nefrostomía izquierda y nefrolitotomía percutánea derecha, evolucionando con insuficiencia renal aguda que requiere instalación de catéter doble J, con posterior alta hospitalaria transitoria en espera de resolución quirúrgica; durante este periodo paciente presenta nuevo cuadro de infección urinaria por lo que se re-hospitaliza y se practica nefrectomía total izquierda; evolucionando favorablemente sin nuevas complicaciones durante el seguimiento.

DISCUSIÓN:

Los cálculos renales coraliformes son aquellos de tamaño importante que ocupan gran parte del sistema colector; estos son más frecuentes en mujeres y presentan un 36% de riesgo de complicaciones renales, siendo importante descartar pionefrosis, que se observa en alrededor de 20% de los pacientes ya que existe una estrecha relación entre la composición de estos calculos con agentes infecciosos.

CONCLUSIÓN:

La pionefrosis es una complicación asociada a litiasis renal coraliforme que requiere alto índice de sospecha y un estudio radiológico precoz, además de un diagnóstico y tratamiento oportunos con el fin de reducir la morbimortalidad asociada.

Palabras clave: pionefrosis, litiasis renal, infección del tracto urinario, pielonefritis.

Correo: camilamramirez@live.cl - Camila Muñoz Ramírez.

¹Interno (a) de medicina, séptimo año, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.

²Médica internista, Especialista en Nefrología, Servicio de medicina interna, Hospital Base de Puerto Montt.

DEBUT DE COLITIS ULCEROSA: CRISIS GRAVE CORTICO RESISTENTE. REPORTE DE UN CASO.

Autores: F. Rojas¹, C. Muñoz¹, C. Sanzana¹, F. Uherek².

INTRODUCCIÓN:

La colitis ulcerosa es un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal que consiste en la inflamación crónica de la mucosa colónica, de etiología multifactorial, caracterizada por episodios recurrentes y remitentes. Su incidencia va de 2.2 a 20.2 casos cada 100.000 habitantes en Norte América y afecta en mayor cantidad a personas entre 15 a 30 años con un segundo peak entre los 50 y 70 años. Según la clasificación de Montreal se cataloga en; remisión, leve, moderada y severa. El tratamiento de primera línea se basa en salicilatos y corticoesteroides, siguiendo de inmunomoduladores hasta lo más radical siendo la colectomía.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 46 años con cuadro de 1 año de evolución de dolor abdominal y al defecar asociado a rectorragia intermitente. Presentó múltiples consultas en urgencias sin respuesta. Se realizó estudio con colonoscopia, ecografía abdominal y tomografía computada, en primera instancia sin hallazgos patológicos. Tras persistir sintomatología y disentería se realiza nueva tomografía que informa pancolitis. Se realiza biopsia que informa colitis ulcerosa. Se inicia tratamiento con metilprednisolona y antibióticos asociados, con mala respuesta. Ingresa a unidad de paciente crítico, se plantea corticorresistencia y se inicia tratamiento con anticuerpos monoclonales (Infliximab) obteniendo mejoría clínica.

DISCUSIÓN:

La resistencia a corticoesteroides se define como la falta de respuesta a dosis plenas en los primeros 5 a 7 días. Se estima en un 15% a 30%. Ante este escenario debe descartarse infección y considerar posibles complicaciones como megacolon tóxico. Se debe continuar con terapia de segunda línea como ciclosporina A o Infliximab, en general con buen resultado, pese a ello un 6% no responderá y requerirá cirugía.

CONCLUSIÓN:

Es importante considerar no solo cuadros típicos sino aquellos de evolución tórpida y con escasa respuesta a corticoesteroides. Un retraso en el cambio de tratamiento oportuno aumenta la morbimortalidad.

Palabras clave: Colitis ulcerosa, infliximab, enfermedad inflamatoria intestinal.

Correo: rojasbetti@gmail.com

¹Interno (a) de medicina, séptimo año, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.

²Médico cirujano, profesor adjunto Universidad Austral de Chile, servicio de Medicina Interna. Hospital Base Valdivia.

CRISIS FOCAL MOTORA COMO MANIFESTACIÓN DE TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: H. del Valle¹, S. Rodríguez¹, N. Bustos¹, M. Pradenas¹, B. Abarca².

INTRODUCCIÓN:

Aproximadamente un tercio de la población mundial es seropositiva para toxoplasmosis, zoonosis causada por el protozoo *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*). Toxoplasmosis cerebral corresponde a una o más lesiones que aparecen debido a la reactivación de quistes de tejido latente en pacientes con inmunosupresión, la cual puede ser inducida por, entre otras, tratamiento para enfermedades autoinmunes. Una forma de presentación corresponde a crisis epiléptica focal. El objetivo del presente caso es mostrar un tipo de manifestación de toxoplasmosis en paciente inmunosuprimido.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino de 59 años, antecedente de artritis reumatoide desde 2007, en tratamiento con prednisona, metotrexato y adalimumab, este último hace 2 años. Consultó en servicio de urgencias luego de episodios de crisis convulsiva focal ascendente en extremidad superior derecha de comienzo reciente, se solicitó tomografía computarizada (TC) cerebral sin contraste que evidenció lesión única frontoparietal izquierda. Lo evaluó neurología quien inició levetiracetam, sugirió hospitalizar y solicitó una resonancia nuclear magnética (RNM) cerebral con gadolinio que mostró una lesión cortico-subcortical parietal poscentral izquierda sugerente de absceso cerebral versus tumor metastásico. Así, se inició estudio para neoplasia oculta con TC contrastada de cuello, tórax, abdomen y pelvis, beta-2 microglobulina en sangre, endoscopia digestiva alta y baja; resultando negativo. Por contexto de inmunosupresión y las características de la lesión, se solicitó serología para *T. gondii*, resultando positivo. Complementado con ELISA para virus inmunodeficiencia humana resultando negativa. Inició tratamiento con trimetropin/sulfametoxazol y continuó en controles con evolución favorable.

DISCUSIÓN:

Manifestaciones neurológicas en paciente inmunosuprimido deben hacer sospechar una infección del sistema nervioso central. Múltiples patógenos oportunistas pueden estar presentes. Es una condición grave, donde el estudio diagnóstico debe hallar el agente causante y el origen de la inmunosupresión, utilizando exámenes de laboratorio, microbiológicos y RNM contrastada.

CONCLUSIÓN:

Toxoplasmosis cerebral en paciente inmunocomprometido ha sido poco documentada, requiere diagnóstico precoz, tratamiento apropiado, vigilancia estrecha con manejo oportuno de eventuales complicaciones.

Palabras clave: convulsiones, agentes inmunosupresores, absceso.

Correo: hugo.delvallef@mayor.cl

¹Interno (a) de medicina, séptimo año. Universidad Mayor, Temuco.

²Médico Internista. Hospital San José de Victoria, Victoria.

QUILOTÓRAX SECUNDARIO A USO DE DASATINIB EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA.

Autores: F. Lagos¹, A. Landeros¹, D. Luna¹, M. Valencia¹, P. Ramírez².

INTRODUCCIÓN:

El dasatinib es un fármaco usado en el tratamiento de leucemia mieloide crónica (LMC), entre las reacciones adversas poco habituales se encuentra el quilotórax, existiendo ocho casos descritos en la literatura. A continuación, se presenta un caso para ayudar en la comprensión y manejo de dicha complicación.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 70 años con antecedente de LMC tratado con dasatinib, presentó 3 días de disnea y tos, murmullo vesicular abolido en bases, en el estudio presentaba hemograma con leucocitosis, radiografía de tórax con derrame pleural bilateral, toracocentesis con criterios de Light positivos, tomografía de tórax sin adenopatías ni masas, videotoracoscopía con líquido pleural lechoso, triglicéridos de 516 mg/dl, sin evidencia de rotura esofágica, cultivo y pruebas para tuberculosis negativos, biopsia pleural negativa para neoplasia. Habiéndose descartado causas habituales de quilotórax, se concluyó probable cuadro secundario a dasatinib por lo que se suspendió el fármaco con buena respuesta.

DISCUSIÓN:

El quilotórax se puede generar por causas traumáticas y no traumáticas, generalmente los fármacos no causan quilotórax, pero se han reportado casos relacionados a dasatinib. No existe un mecanismo causal claro, solo teorías asociadas a la inhibición del receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas^{2,3}. En PubMed existen 8 casos reportados, donde el tiempo transcurrido entre el inicio de dasatinib y el quilotórax varía (2-48 meses). En todos hubo recidiva al reiniciar dasatinib, apoyando la relación causal. Tres casos fueron manejados con suspensión del fármaco, el resto requirió apoyo con diuréticos y corticoterapia, no existiendo evidencia actual para respaldar o desacreditar su uso.^{3,4,5}

CONCLUSIONES:

Si bien la asociación descrita es anecdótica, debe considerarse como una causa posible en usuarios del fármaco. Aunque no existe evidencia suficiente, la suspensión del fármaco parece ser una buena alternativa de primera línea, reservando la terapia complementaria para casos refractarios.

Palabras clave: Dasatinib, leucemia mieloide crónica, quilotórax.

Correo: albanlanderos@gmail.com - Alban Landeros Bravo.

¹Licenciado Ciencias Médicas, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

SÍNDROME DE OCHO Y MEDIO SECUNDARIO A ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO DE TRONCO ENCEFÁLICO IZQUIERDO.

Autores: N. Huenchullán¹, D. Aravena¹, J. Jaramillo¹, N. Van Treek², E. Navarrete³, R. Barrera⁴.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de ocho y medio (SOM), corresponde al síndrome de uno y medio (SUM) junto a parálisis facial periférica. Esta inusual patología, es causada por lesiones circunscritas del tegmentum pontino involucrando el núcleo de abducens, fascículo longitudinal medial ipsilateral y colículo facial adyacente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 86 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, ataque cerebro vascular (ACV) antiguo sin secuelas. Consulta a urgencias por cuadro 20 horas evolución. Inició con disartria, luego diplopía, paresias e hipoestesia. Signos vitales normales, consciente, orientado temporoespacialmente. Disartria leve - moderada. Paresia al aducir ojos y abducir ojo izquierdo, nistagmo al abducir ojo derecho, movimientos oculares verticales y convergencia ocular conservados, concordante con SUM. Asimetría facial, oclusión palpebral disminuida en ojo izquierdo. Paresia e hipoestesia braquiocrural de predominio crural derecha. Sin otros hallazgos.

TC cerebro sin contraste: sin lesiones agudas, lesión secuelar frontal derecha.
AngioTC cuello: incipiente ateromatosis cálcica carotídea, ateromatosis mixta de aorta y tronco braquicefálico con signos de ulceración.

Evaluación neurológica es compatible con SOM, pese al resultado negativo del TC, indicándose neuroprotección. Dada evolución clínica favorable, obviando resonancia magnética. Se decide alta y control con neurología.

DISCUSIÓN:

Dentro de las etiologías frecuentes encontramos: ACV isquémico/hemorrágico, malformaciones arteriovenosas, vasculitis y neoplasias. Comorbilidades frecuentes: HTA, diabetes mellitus e hipercolesterolemia.

Genera parálisis ocular horizontal ipsilateral a la zona afectada y oftalmoplejía internuclear ipsilateral. Dada la cercanía anatómica nervio facial con núcleo abducens, puede generar parálisis facial ipsilateral.

Paciente presentó clínica de SOM, obteniéndose la mayoría síntomas y signos mediante anamnesis y examen físico, aunque imágenes no evidenciaron lesiones agudas, se diagnostica SOM por evaluación clínica.

CONCLUSIÓN:

Se evidencia la importancia de la semiología neurológica para orientar una zona topográfica afectada, dirigiendo mejor los exámenes complementarios a realizar, evitando errores diagnósticos que puedan enlentecer el manejo.

Palabras clave: Neurología, parálisis facial, ataque cerebrovascular, oftalmoplejía internuclear.

Correo: nicolas.huenchullan@mayor.cl

¹Interno Medicina Universidad Mayor Temuco.

²Estudiante Medicina Universidad Mayor Temuco.

³Neurólogo, Servicio Medicina, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén, Chile.

⁴Médico EDF, Hospital de Pitrufquén, Pitrufquén, Chile.

QUISTE HIDATÍDICO RETROPERITONEAL PRIMARIO: UNA UBICACIÓN INUSUAL. REPORTE DE CASO.

Autores: J. Jaramillo¹, P. Díaz², N. Huenchullan³, D. Ramírez⁴, R. Carrasco⁵.

INTRODUCCIÓN:

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria causada por *Echinococcus granulosus*. En Chile, es una enfermedad endémica que representa un importante problema de salud pública en zonas rurales. El ser humano es hospedero intermediario y suele desarrollar la forma quística de la enfermedad principalmente en hígado y pulmón, siendo el retroperitoneo una localización infrecuente(0,8%).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 57 años con antecedente de ruralidad, derivada a medicina interna por dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo de 3 meses de evolución, de carácter sordo. Niega fiebre, baja de peso y cambios en hábito intestinal. Deposiciones sin sangre, mucosidad ni otras características patológicas. Examen físico: masa palpable en flanco izquierdo, difícil de caracterizar por panículo adiposo. Exámenes de laboratorio: eosinófilos 20%, resto sin alteraciones. Ecografía abdominal: masa sólido-quística de aspecto neoplásico en flanco izquierdo. Se complementó con TAC de abdomen y pelvis: masa quística compleja retroperitoneal izquierda, con caracteres de quiste hidatídico. Sin lesiones en hígado ni pulmones.

Fue evaluada por cirugía, se realizó resección quirúrgica del quiste, de 15 centímetros, con múltiples vesículas vivas y dos lóculos. La biopsia confirmó quiste hidatídico. La paciente evolucionó favorablemente.

DISCUSIÓN:

El quiste hidatídico retroperitoneal se ubica en el espacio retroperitoneal independiente de otros órganos. Hay varias hipótesis sobre la fisiopatología en esta localización: por diseminación hematógena, linfática o migración desde la ampolla rectal. Suele manifestarse clínicamente cuando el tamaño del quiste comprime estructuras adyacentes o se complica. El diagnóstico se sospecha con el antecedente epidemiológico, imágenes y serología. La cirugía es el tratamiento de elección, y en algunos casos se complementa con benzimidazoles.

CONCLUSIÓN:

El quiste hidatídico retroperitoneal primario es una entidad infrecuente que se debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal asociado a antecedentes epidemiológicos. Es indispensable descartar otras localizaciones como hepática y pulmonar.

Palabras claves: Hidatidosis, espacio retroperitoneal, enfermedad parasitaria.

¹Interno Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

²Interno Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

³Interno Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

⁴Interno Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

⁵Médico Internista, Servicio medicina, Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres, Angol, Chile.

DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT DE DEBUT TARDÍO, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Autores: F. Lagos¹, A. Landeros¹, D. Luna¹, M. Valencia¹, P. Ramírez².

INTRODUCCIÓN:

La distrofia miotónica de Steinert o tipo I, es una enfermedad neuromuscular degenerativa de carácter hereditario por repetición de tripletes CTG en el brazo largo del cromosoma 19. Suele presentarse clínicamente entre los 15-30 años.

PRESENTACION DE CASO:

Paciente femenino de 60 años, con antecedentes de hipotirodismo en control y episodio depresivo en tratamiento. Consulta por cuadro de 1 año de evolución de debilidad generalizada, somnolencia diurna e incapacidad progresiva en la marcha y para realizar esfuerzos. En los últimos 4 meses no logra deambular sin apoyo. Previamente autovalente. Evaluada por Neurología, impresiona tetraparesia flácida hiporreflexica, ptosis palpebral bilateral, disartria e hipomimia. Se rescata antecedente de un hermano, un primo en primer grado, fallecidos por enfermedad muscular degenerativa no especificada y un hijo con síntomas similares, aunque leves. Se solicita electromiografía informada con descargas miotónicas en 4 extremidades y extremidad cefálica, compatible con distrofia muscular miotónica tipo I.

DISCUSIÓN:

La distrofia miotónica de Steinert es una enfermedad rara, aunque se le considera la enfermedad neuromuscular más frecuente del adulto, con una incidencia de entre 1:100.000 hasta 1:10.000 habitantes, siendo más frecuente en zonas de Canadá y el País Vasco. Los pacientes suelen consultar por fatiga, somnolencia y debilidad muscular. Casi siempre se asocia a antecedentes familiares. Además, se asocia a trastornos de la conducción cardíaca, cataratas, disfagia, apnea del sueño, entre otras complicaciones. A la fecha, no existe tratamiento curativo ni que detenga el progreso de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

La importancia del diagnóstico de esta enfermedad, aunque rara, radica en las complicaciones que posee. Hoy por hoy, sin tratamiento específico, se recomienda la asesoría genética y el seguimiento multidisciplinario para la detección precoz de sus comorbilidades y así mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedades genéticas, enfermedades neuromusculares, neurología.

Correo: ferallabel@gmail.com - Fernando Alberto Lagos Belmar.

¹Licenciado Ciencias Médicas, Universidad de La Frontera, Temuco – Chile.

²Médico Cirujano, Universidad de Santiago de Chile, Temuco – Chile.

TUMOR GIST GIGANTE DE COLON ASOCIADO A SÍNTOMAS URINARIOS.

Autores: Fernando Lagos¹, Albán Landeros¹, Daniela Luna¹, María Antonieta Valencia¹, Macarena Díaz Herrera².

INTRODUCCIÓN:

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son sarcomas de partes blandas, que se presentan con mayor frecuencia en estómago e intestino delgado. Son tumores poco frecuentes y poseen múltiples manifestaciones clínicas que van desde pacientes asintomáticos, dolor abdominal difuso y hemorragias digestivas altas.

PRESENTACION DE CASO:

Paciente masculino de 51 años, sin antecedentes mórbidos, con múltiples consultas en urgencias por dolor abdominal hipogástrico, distensión abdominal y polaquiuria de 2 semanas evolución. En examen físico se constata masa hipogástrica de consistencia dura, solicita ecografía abdominal, que muestra gran masa sólida centro abdominal, heterogénea de 20x15 cm, desde epigastrio a región supra umbilical, independiente de hígado, riñones y aorta. TC abdominal muestra gran masa retroperitoneal mesentérica con predominio de captación periférica y centro hipocaptante, compatible con sarcoma. En estudio de extensión, con TC de tórax sin diseminación y biopsia guiada por ultrasonido, que resulta compatible con GIST con inmunofenotipo C KIT (+). Se decide exploración, evidenciando masa íntimamente adherida a intestino delgado y colon izquierdo. Se realiza resección de masa de 2.789gr, de 24x20x10 cm, se envía a anatomía patológica, la cual corrobora diagnóstico.

DISCUSIÓN:

Si bien los GIST son la causa más frecuente de neoplasia no epitelial del tubo digestivo, sólo representan de un 0,1 – 1% del total. Dentro de estos, la localización en colon representa de un 2- 10%.^{1,2} Los síntomas urinarios secundarios a compresión por GIST de colon son muy raros,³ siendo más usuales en tumores que comprometen recto o porciones extra digestivas como próstata, vejiga o retroperitoneo.^{5,6,7} Sin embargo, la presencia de poliaquiria podría explicarse por el tamaño y peso de la pieza tumoral generando presión vesical.

CONCLUSIÓN:

Los tumores GIST requieren del clínico un alto nivel de sospecha, por su baja prevalencia e inespecíficos síntomas. Esto resulta importante, ya que el tratamiento oportuno, previene complicaciones y mejora pronóstico.

Palabras clave: Neoplasias del sistema digestivo, síntomas del sistema urinario inferior, tumores del estroma gastrointestinal.

Correo: danielaluna24@gmail.com - Daniela Constanza Luna Meza.

¹Licenciado Ciencias Médicas, Universidad de La Frontera, Temuco – Chile.

²Cirujana general, Universidad de La Frontera, Temuco – Chile.

SÍNDROME CEREBELOSO PARANEOPLÁSICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN CÁNCER DE OVARIO, REPORTE DE UN CASO.

Autores: R. Quintana¹, C. Gomá¹, K. Ruiz¹, A. Morales¹. **Tutor:** V. Acevedo².

INTRODUCCIÓN:

Los Síndromes Neurológicos Paraneoplásicos son trastornos asociados al cáncer, causados por metástasis, déficit metabólico, infecciones, coagulopatía, autoinmunidad o efectos secundarios al tratamiento. Aparecen en el 1% de pacientes con cáncer. El carcinoma pulmonar de células pequeñas es la causa más frecuente. También puede verse en el carcinoma de mama, ovario, linfoma de Hodgkin, entre otros. El síndrome cerebeloso tiene inicio agudo con evolución invalidante, ataxia y vértigo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Femenina de 76 años con hipertensión arterial e hipotiroidismo consulta por cefalea, náuseas, disartria y temblor de extremidades superiores de dos meses de evolución, asociado a marcha atáxica de inicio súbito. El scanner de tórax, abdomen y pelvis muestra masas anexiales sólido quísticas de aspecto neoplásico bilaterales, con múltiples adenopatías peritoneales, retroperitoneales e inguinales. Entre los marcadores tumorales destaca un CA-125 elevado. Estudio de líquido cefalorraquídeo sin hallazgos. Laparoscopia diagnóstica indica “pelvis sellada, no se identifican genitales internos, carcinomatosis peritoneal no masiva, sin diseminación característica de ovario”, se toma biopsia de omento, informa “carcinoma sólido, poco diferenciado, infiltrante en tejido conectivo”. Se confirma masa ovárica y carcinomatosis peritoneal. Paciente presentada a comité oncológico, con resolución de manejo paliativo.

DISCUSIÓN:

El síndrome cerebeloso paraneoplásico es un trastorno poco común que puede asociarse con cualquier cáncer. Debe sospecharse en pacientes añosos, con sintomatología cerebelosa, con o sin patología cancerígena conocida y descartando otros diagnósticos diferenciales de síndrome cerebeloso. Con tratamiento antitumoral y/o inmunoterapia los síntomas pueden estabilizarse o mejorar.

CONCLUSIÓN:

La neuroimagen y el análisis de líquido cefalorraquídeo son importantes para excluir otras afecciones, los hallazgos pueden ser normales o inespecíficamente anormales. Los biomarcadores sirven de apoyo diagnóstico. Si el paciente no tiene un diagnóstico de cáncer conocido, se debe buscar detenidamente, y en caso de no encontrar un tumor primario, solicitar anticuerpos onconeuronales, como el anti-Yo, anti-Ri, anti-Tr, etc.

Palabras clave: Ataxia, síndrome paraneoplásico, cáncer de ovario.

Correo: rebe.quintana@gmail.com - Rebeca Quintana Cordero.

¹Interna de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco, Región de la Araucanía.

²Médico Cirujano, Hospital de Gorbea, Región de la Araucanía.

ENFERMEDAD DE DARIER, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: C. Jury¹, M. Bestwick¹, B. Morales¹, J. Vergara², W. Navarrete³.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Darier también denominada queratosis folicular es una condición de herencia autosómica dominante infrecuente. Su prevalencia estimada de 1/55.000-100.000 habitantes. Se caracteriza por pápulas foliculares y perifoliculares, placas queratósicas distribuidas en áreas seboreicas. Además, se acompaña con alteraciones ungueales y mucosas. Se presenta caso clínico tratado en el Hospital Herminda Martin durante el 2019, dada su escasa aparición y publicación al respecto.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente masculino de 43 años, con antecedentes de daño hepático crónico, psoriasis, micosis intertriginosa y depresión, consulta por lesiones cutáneas papulosas disqueratósicas en tronco, retroauriculares y manos, asociado a alteración ungueal bilateral. Refiere aparición de lesiones desde los 20 años, con aparición progresiva de éstas sin existir un factor desencadenante identificable.

Se realiza biopsia de piel que confirma el diagnóstico de Enfermedad de Darier. Se inicia tratamiento con retinoides y corticoesteroides tópicos asociados a terapia antimicótica.

DISCUSIÓN:

La Enfermedad de Darier es un desorden genético poco común de la queratinización cutánea, caracterizado por una erupción persistente de pápulas hiperqueratósicas. Presenta lesiones características; pápulas untuosas color amarillo-café que al coalescer forman placas papilomatosas irregulares. Predominan en áreas seboreicas, tronco y zonas de pliegues. Se asocia a deformidad ungueal. La etiología no es clara aún. Se sugiere tratamiento con retinoides tópicos.

CONCLUSIÓN:

Esta patología, es un desorden genético poco frecuente que se caracteriza por placas queratósicas distribuidas en áreas seboreicas. Su diagnóstico es clínico con confirmación histopatológica. El tratamiento elegido para el caso presentado concuerda con lo descrito en la literatura. Sería interesante hacer un seguimiento al paciente para evaluar la efectividad de éste.

Palabras clave: Dermatology, darier, retinoids.

Correo: cjury@medicina.ucsc.cl

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

²Alumno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

³Dermatólogo, Hospital Clínico Herminda Martin.

PIODERMA GANGRENOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: D. del Río¹, M. Cabezas¹, M. Pineda¹, V. Rodríguez¹, B. Leal², A. Soubllette³.

INTRODUCCIÓN:

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica manifestada como nódulo o pústula estéril que progresa rápidamente a úlcera purulenta, desproporcionadamente dolorosa, de bordes irregulares, edematosos, violáceos y socavados. Es una patología rara con incidencia de 3 a 10 casos por millón de personas anualmente, frecuentemente mal diagnosticada. Suele asociarse a patologías sistémicas como enfermedades hematológicas, artritis y enfermedad inflamatoria intestinal.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 77 años con antecedentes de hipotiroidismo, acude al Hospital Intercultural de Nueva Imperial, presentando dermatosis en tercio inferior de pierna izquierda, caracterizada como úlcera de 3 cm de diámetro, con bordes definidos, regulares, eritemato-violáceos y de rápida progresión, asociada a dolor desproporcionado de año y medio de evolución; inicialmente tratada como celulitis y después como úlcera crónica. Se realizó biopsia de piel confirmando diagnóstico de PG. Actualmente tratado con esteroides sistémicos observándose mejoría del cuadro.

DISCUSIÓN:

Patología caracterizada por su difícil y errado diagnóstico, cuya primera línea de tratamiento es optimizar el cuidado de herida, analgesia y corticosteroides tópicos. En casos severos es requerida terapia sistémica. En pacientes que requieran tratamientos prolongados se pueden usar inmunosupresores. Sobre terapia biológica no hay consenso si debiera administrarse cuando otros tratamientos fallan o como primera línea en PG severo.

CONCLUSIÓN:

El PG es una enfermedad con fisiopatología no totalmente conocida y con baja incidencia; en la cual pueden pasar meses con un diagnóstico incorrecto hasta realizar una biopsia confirmatoria. Aunque se trata de una patología que se ve con poca frecuencia, se debe tener siempre en consideración durante la sospecha clínica para poder realizar un manejo temprano tanto de la sintomatología como de la dermatosis en sí.

Palabras clave: Pioderma gangrenoso, úlcera cutánea, biopsia.

Correo: danko.delrioh@gmail.com

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

²Dermatóloga Hospital de Nueva Imperial, Docente Universidad Mayor.

³Médico cirujano, Docente Universidad Mayor.

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE COMO HALLAZGO INCIDENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: P. Velásquez¹, J. Faret¹, V. Vásquez¹, C. Zamorano¹, C. Valenzuela².

INTRODUCCIÓN:

Los tumores retroperitoneales primarios corresponden al 0,01-0,3% de los tumores en adultos, la histología es heterogénea y hasta en un 86% maligna. El liposarcoma es la variedad más común de tumores retroperitoneales (40%), y se caracteriza por crecimiento silente y expansivo, alcanzando diámetros medios de 10 a 15 cm. Su sintomatología es inespecífica y el signo más característico es una masa palpable. El diagnóstico es dificultoso, siendo generalmente un hallazgo en imágenes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 62 años, sana. Dos meses previo a consultar notó una masa palpable en flanco izquierdo, asintomática. Se realizó tomografía computarizada de abdomen y pelvis que mostró una masa retroperitoneal izquierda lobulada de densidad adiposa en área suprarrenal, de 20 por 12,5 por 14,5 cm., englobando margen anterior y lateral del riñón izquierdo. Evaluada por endocrinología, se descartó funcionalidad, y urología indicó cirugía. En pabellón se describió una gran masa tumoral de 35 cm., adherida a riñón izquierdo, por lo que se realizó resección tumoral y nefrectomía total izquierda. El tumor pesó 3 kilogramos. La paciente evolucionó favorablemente y egresó al tercer día de postoperada. El resultado de la biopsia definitiva informó liposarcoma bien diferenciado con áreas mixoides.

DISCUSIÓN:

El liposarcoma supone el 0,1% de todas las neoplasias. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia, la cual puede ser desafiante debido a que el tumor alcanza gran tamaño e invade órganos contiguos hasta en un 80%. El liposarcoma variedad bien diferenciada es una neoplasia de bajo grado y se describe tasa de supervivencia de 75-100% a 5 años.

CONCLUSIÓN:

El liposarcoma resulta un desafío para el médico debido su difícil diagnóstico y manejo. El tratamiento debe ser individualizado y el seguimiento estricto, ya que existe probabilidad de recurrencia.

Palabras Clave: Espacio Retroperitoneal, liposarcoma, neoplasias retroperitoneales.

Correo: pvelasquez000@gmail.com - Pedro Velásquez Herrera.

¹Internos(as) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

²Médico General, Residente de especialidad de Urología, Universidad de La Frontera, Hospital - Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

ARRITMIA VENTRICULAR MALIGNA EN ADULTA JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: P. Riquelme¹, F. Saavedra¹, N. Vergara¹, R. Pinilla¹, I. Castro².

INTRODUCCIÓN:

Arritmia ventricular maligna (AVM) corresponde a una taquiarritmia que puede conducir a compromiso hemodinámico, la mayoría de las veces por taquicardia ventricular (TV) o fibrilación ventricular. Es fundamental la búsqueda dirigida de cardiopatía estructural, como Miocardiopatía Dilatada (MCD) cuya incidencia corresponde a 7 por 100.000 habitantes al año.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina 23 años, antecedente síncope y hemibloqueo izquierdo anterior. Consultó en urgencia por cuadro 3 días dolor torácico y compromiso del estado general, ingresa somnolienta, hipotensa, taquicárdica hasta 250 latidos por minuto, electrocardiograma TV monomórfica, se realiza cardioversión eléctrica con 150 J, recupera ritmo sinusal, se mantiene infusión continua amiodarona por 24 horas, luego vía oral. Ecocardiograma Ventrículo izquierdo levemente dilatado, fracción de eyección (FE) 50-51%. Strain longitudinal máximo promedio -12% (alterado) disfunción diastólica tipo II, moderada dilatación aurícula izquierda, cavidades derechas normales. Resonancia Magnética cardiaca: Ventrículo izquierdo conservado cierto grado de dilatación en diástole, sin defectos focales de motilidad, leve hipoquinesia global. FE 50%. Ventrículo derecho normal. Sin defectos de perfusión en primer paso de gadolinio. Sin reflujo valvulares, sin anomalías coronarias. Cuadro compatible con miocardiopatía dilatada (MCD) inicial. Se instala desfibrilador automático implantable (DAI) bicameral y se inicia betabloqueo.

DISCUSIÓN:

La búsqueda de cardiopatía estructural dio como resultado MCD sobre la cual se descartó etiología isquémica, tóxica-metabólica, inflamatoria e infecciosa, lo que hace establecer su causa idiopática. El manejo debe combinar terapia farmacológica óptima e instalación de DAI, ya que disminuye mortalidad a consecuencia de AVM, segunda causa de muerte en MCD luego de insuficiencia cardiaca.

CONCLUSIÓN:

Cuando se presenta AVM en pacientes jóvenes, se debe considerar MCD como responsable de ésta. Hacer estudio etiológico y un manejo oportuno, permite aumentar la sobrevida de los pacientes.

Palabras clave: Aritmia cardiaca, taquicardia ventricular, cardiomiopatía dilatada, desfibrilador implantable.

Correspondencia: Edificio Germania - Prieto Norte 227, Departamento 908.

Correo: p.riquelme09@ufromail.cl

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

²Médico Cirujano, Departamento de Medicina, Universidad de La Frontera.

ACIDEMIA PROPIÓNICA VERSUS SEPSIS, REPORTE DE CASO.

Autores: M. Bestwick¹, C. Jury¹, J. Vidal¹, P. Díaz², J. Díaz³.

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de las acidemias orgánicas se vuelven clínicamente aparentes durante el período del recién nacido, aunque hay formas más leves que pueden no presentarse hasta la adolescencia o la edad adulta. Generalmente se presentan con un episodio de acidosis metabólica potencialmente mortal caracterizado por una mayor brecha aniónica. Este episodio de presentación a menudo puede confundirse con sepsis y, si no se reconoce, se asocia con una mortalidad significativa.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Recién nacido (RN) de 38 semanas con peso adecuado. Padres, primos de tercer grado, madre adolescente que cursa embarazo con diabetes mellitus gestacional controlada. Sufre corioamnionitis que desencadena parto vía vaginal. Por antecedentes maternos, RN es controlado con exámenes destacando parámetros inflamatorios elevados. Se sospecha sepsis e inicia antibioticoterapia empírica. Evolución tórpida, nuevos exámenes revelan amonio 246 ug/dL y cetonemia (+). Nuevo control, indica amonio en ascenso, cetonemia (-) y cetonuria (+). Se envía a centro terciario en Santiago, se registra amonio 199 ug/dL; en descenso, y cetonuria (+++). Se realiza estudio metabólico, diagnosticando acidemia propiónica. Ante estabilidad clínica es decidida el alta médica con indicaciones especiales de dieta.

DISCUSIÓN:

Dentro del diagnóstico diferencial de acidemias orgánicas en recién nacidos, se encuentra la sepsis. Con respecto al caso clínico expuesto, el enfrentamiento inicial, fue el correcto, por su baja incidencia, la acidemia propiónica no fue nuestra primera sospecha diagnóstica, sin embargo, la evolución insatisfactoria al tratamiento antibiótico obligó a replantear el diagnóstico. Fue necesario realizar un estudio más acabado para llegar al diagnóstico final y acertado.

CONCLUSIÓN:

Casos como el anterior, deben ser reportados para recalcar la importancia de un buen estudio, siempre de debe tener presente los distintos diagnósticos diferenciales y ante respuestas insatisfactorias a los tratamientos, sospechar otros diagnósticos, aún cuando éstos sean poco frecuentes.

Palabras clave: Acidemia, pediatric, sepsis.

Correo: mbestwick@medicina.ucsc.cl

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

²Interno de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

³Medico Cirujano, Becada pediatría, Universidad de Concepción, Concepción.

PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE A CAUSA DE PÁNCREAS DIVISUM; REPORTE DE CASO.

Autores: M. Román², M. Bestwick¹, C. Jury¹, B. Morales¹, M. Barra³.

INTRODUCCIÓN:

El páncreas divisum es la anomalía pancreática congénita más común, resultado de la falta de unión de los conductos dorsal y ventral del páncreas; ocurre en aproximadamente el 8 % de la población general. Se observan anomalías congénitas del páncreas en el 10% de la población general. Si bien muchos hallazgos por coincidencia, una parte de estas anomalías y variantes son clínicamente significativas y causan síntomas en la infancia o edad adulta.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente femenina, 58 años, antecedentes de HTA, DM NIR y páncreas divisum; hospitalizada 11 veces debido a episodios de pancreatitis aguda. En el 2010 año se instala prótesis biliar, tras lo cual se mantuvo 9 años sin nuevos episodios de pancreatitis. Consulta debido a dolor epigástrico tipo “cinturón”, EVA 9/10, irradiado al dorso de un día de evolución. En exámenes destaca: amilasa 165, lipasa 259, GB 18000, BT 1,74, GGT 55, PCR 5. El TAC de abdomen con contraste informa: Páncreas de forma y tamaño normal sin evidencia de necrosis intra-pancreática. Debido a lo anterior, se decide hospitalizar con diagnóstico de pancreatitis aguda leve. Mantiene una buena evolución, sin dolor y tolerando alimentación oral. Se decide alta y control ambulatorio de prótesis biliar para evaluación.

DISCUSIÓN:

La literatura describe a la mayoría de los pacientes con páncreas divisum como asintomáticos, por lo que existe una gran controversia sobre si el páncreas divisum es causa de la pancreatitis. Sin embargo, existe un subgrupo de pacientes con páncreas divisum que está sujeto a episodios recurrentes de pancreatitis aparentemente idiopática, nuestra paciente pertenecería a este grupo.

CONCLUSIÓN:

A pesar de lo que describe en la literatura, se evidencia que la paciente pertenece al 5% de los pacientes que presentan páncreas divisum y son sintomáticos.

Palabras clave: Páncreas, pancreatitis, anomalías congénitas.

Correo: maria.romanv@mayor.cl

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

²Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco, Temuco.

³Médico cirujano, Residente de medicina interna, Universidad de Concepción, Concepción.

HEPATITIS AGUDA INDUCIDA POR NITROFURANTOÍNA.

Autores: A. Collipal¹, I. Lorenz¹, V. González¹, C. Hermosilla¹, M. Osorio².

INTRODUCCIÓN:

El daño hepático por fármacos es un problema de salud pública, corresponde al 10% de casos de falla hepática aguda a nivel mundial, asimismo por nitrofurantoína es bajo. La nitrofurantoína es usada para tratamiento y prevención de infecciones del tracto urinario (ITU) bajo. Están documentados numerosos efectos adversos relacionados con su uso.

Se presenta caso que desarrolló hepatitis aguda (HA) por uso prolongado de nitrofurantoína y se revisa literatura disponible.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 66 años, con antecedentes de ITU a repetición tratada con nitrofurantoína profiláctica, sin antecedentes de enfermedades autoinmunes.

Ingresa por cuadro de cinco días de evolución de compromiso del estado general, náuseas, distensión abdominal, orina ámbar, heces oscuras y finalmente emesis alimentaria. Examen físico: piel y escleras ictericas; Abdomen blando, indoloro, hígado palpable tres centímetros bajo reborde costal, sensible. Al ingreso destacan GOT 4136 U/L, GPT 2663 U/L, Bili. total 5,38, Bili. directa 4,25. Serología: VHA (-), VHB (-), VHC (-), VEB (-), CMV: IgM(-). Inmunoglobulinas normales. Ecografía abdominal: hepatomegalia leve difusa, arquitectura y ecogenicidad conservada. Biopsia hepática: hepatitis crónica, índice de actividad moderado-intenso, con fibrosis confinada a tractos portales. Se concluye el diagnóstico de HA inducida por nitrofurantoína, se suspende el nitrofurano e inicia prednisona oral. Evoluciona con mejoría clínica, normalizando transaminasas y bilirrubina.

DISCUSIÓN:

Los antecedentes de profilaxis prolongada con nitrofurantoína, junto a clínica, laboratorio e histología permiten el diagnóstico de hepatitis por fármaco. La mayor asociación reportada es hepatitis autoinmune asociada a nitrofurantoína; la revisión informa que existe mejoría clínica y de laboratorio sólo suspendiendo la nitrofurantoína. Por mala respuesta al cese y al patrón inflamatorio de la biopsia hepática, se inician corticoides con buena respuesta; Esto apoya que pueden ser opción terapéutica en casos comparables.

CONCLUSIÓN:

Se plantea que pacientes similares que usan nitrofurantoína prolongada, se debe controlar perfil hepático rutinariamente.

Palabras clave: Nitrofurantoína, enfermedad hepática inducida por sustancias y drogas, fallo hepático agudo.

Correo: andrea.collipal97@gmail.com

¹Interna De Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Médico Cirujano, Universidad de Santiago de Chile, Santiago.

SARNA NORUEGA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DERMATITIS ATÓPICA.

Autores: F. Parra¹, C. Aguilar², J. Vergara¹, M. Hidalgo¹, M. Rosas³, J. Flores⁴.

INTRODUCCIÓN:

La escabiosis es una enfermedad causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Manifiesta prurito y nódulos. La sarna noruega es una forma atípica que aparece en pacientes inmunocomprometidos, niños y ancianos. Puede causar urticaria generalizada.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Lactante menor, sexo femenino, 3 meses de edad, con antecedente de dermatitis atópica en tratamiento con medidas generales e hidrocortisona 1% vía tópica, hospitalizada por bronquiolitis. Presenta erupción generalizada que respeta región facial, acompañada de pápulas y costras en abdomen, miembros superiores e inferiores, y placas hiperqueratósicas en cuero cabelludo. En el hemograma presenta leucocitosis de 29.000 con eosinofilia de 29%. La madre afirma pobre respuesta al tratamiento, y dirigidamente en la anamnesis refiere pápulas pruriginosas en muñecas y espacios interdigitales. Se toma muestra de escamas de piel que evidencia presencia del ácaro *Sarcoptes scabiei*. Se indica tratamiento con vaselina azufrada al 10%, con control a la semana que evidencia resolución de la urticaria, lesiones cutáneas y eosinofilia.

DISCUSIÓN:

Es fundamental diferenciar la sarna de la dermatitis atópica, ya que el uso de corticoides en la menor y su corta edad, favorecieron la aparición de sarna noruega. Asimismo, el diagnóstico y tratamiento a tiempo en la madre habrían evitado el contagio.

CONCLUSIÓN:

Frente a un cuadro de sarna es fundamental efectuar un diagnóstico y tratamiento de forma precoz ya que es altamente contagiosa, por lo que se debe evitar el contacto físico, tratar a las personas que han estado en contacto con el paciente y medidas de desinfección de lo utilizado por el enfermo. Además, ante estados de inmunodeficiencia, este parásito logra un desarrollo exagerado que da lugar a la presentación clínica característica.

Palabras clave: Escabiosis, *Sarcoptes scabiei*, Dermatitis atópica.

Correo: fabiuparrayc@gmail.com

¹Interna/o de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

²Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

³Médica Cirujano, CESFAM Juan Santamaría Bonet, Lago Ranco.

⁴Médico cirujano, Dermatólogo, Hospital San José de Victoria, Victoria.

QUISTE HIDATÍDICO PÉLVICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA OVÁRICA.

Autores: C. Concha¹, K. Carrasco¹, N. Ochoa².

INTRODUCCIÓN:

La hidatidosis es una zoonosis producida por helmintos, siendo el más importante el *Equinococcus granulosus*. Tras la ingestión de la larva se forman quistes en hígado (70%), pulmón (20%) y otros tejidos (10%). En Chile la incidencia global es de 2,38 por cien mil habitantes, aumentando en regiones ganaderas hasta a 80 por cien mil habitantes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente rural femenina de 24 años, gestas 3, partos 2, doble cesárea anterior, antecedente de quiste hidatídico hepático. Consulta en policlínico tras un año del diagnóstico de hidatidosis hepática para reiniciar tratamiento, se realizó en agosto 2019 ecografía abdominal para evaluar estado de los quistes, impresiona: quistes hidatídicos hepático 9.1 cm y mesentérico 8.8 cm y como hallazgo útero grávido con latidos cardio- fetales presentes. Al preguntar dirigidamente refiere fecha de última regla de mayo 2019. Ecografía de control prenatal de octubre 2019 impresiona imagen parauterina quística compleja de 93x49x82mm multitabizada, sin flujo al Doppler en relación con anexo derecho. Se solicitaron marcadores tumorales que resultaron negativos. A las 31+5 semanas de gestación presenta amenaza de parto prematuro. Se realizó cesárea de urgencia conjunto con cirujano, identificando tumor parauterino derecho no correspondiente a ovario, de consistencia firme, fuertemente adherido a peritoneo y cara anterior de vejiga. Se logró exéresis de tumor de +/-12 cm. Biopsia confirma quiste hidatídico.

DISCUSIÓN:

La presentación clínica de la hidatidosis extrahepática es muy inespecífica y frecuentemente asintomática, por lo que realizar un estudio detallado y seguimiento imagenológico de quistes en zonas de aparición infrecuentes es el primer paso en el diagnóstico de quistes hidatídicos secundarios.

CONCLUSIÓN:

Si bien, la incidencia de hidatidosis en el ovario es extremadamente poco frecuente, es esencial su consideración como diagnóstico diferencial ante el hallazgo de quiste anexial de aspecto maligno en pacientes rurales con antecedente de hidatidosis.

Palabras clave: Hidatosis; embarazo, *echinococcus granulosus*.

Correo: carolinaconcha06@gmail.com

¹Interna de medicina. Universidad Mayor Sede Temuco.

²Médico cirujano, gineco-obstetra. Hospital San José de Victoria.

SITUS INVERSUS TOTALIS, DESCRITO EN UNA ECOGRAFÍA PRENATAL.

Autores: K. Carrasco¹, C. Concha¹, N. Ochoa².

INTRODUCCIÓN:

El situs inversus totalis es una condición clínica caracterizada por la totalidad de los órganos ubicados en posición opuesta respecto al plano sagital, a manera de espejo. Muy poco frecuente, tiene una prevalencia de 1 en 10.000 nacimientos. La mayoría de las veces suele diagnosticarse como un hallazgo incidental tras una radiografía de tórax en edad pediátrica o adulta. Se presenta el caso de un situs inversus totalis identificado prenatalmente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 22 años, multípara de 1, con antecedente de óbito fetal por hídrops y taquicardia paroxística supraventricular (TPSV). Como antecedente familiar, destaca padre con dextrocardia. Ingresa con 12 semanas de gestación a control de embarazo en policlínico de alto riesgo obstétrico (ARO) por antecedente de óbito fetal y TPSV, los cuales se realizaron sin hallazgos patológicos. En la semana 37+4 se constata mediante control ecográfico situs inversus totalis. El embarazo concluye a las 37+6 semanas por parto vaginal, sin complicaciones, y recién nacida es derivada a UTI neonatología para observación y estudios iniciales. Se realiza ecografía craneal, abdominal y ecocardiograma que muestran situs inversus totalis, y comunicación interauricular de 6 milímetros tipo ostium secundum. Es reevaluada al mes por cardiología infantil y no se constata repercusión clínica de patología cardíaca. Paciente se mantiene en controles por pediatría.

DISCUSIÓN:

El control ecográfico prenatal realizado de forma oportuna y por un profesional competente permite identificar patologías que podrían resultar de importancia para el manejo inmediato del recién nacido, así como para su vida futura.

CONCLUSIÓN:

La ecografía obstétrica resulta fundamental para detectar anomalías de forma precoz. Pese a que el situs inversus totalis no constituye una patología de riesgo, puede vincularse a enfermedades como la discinesia ciliar primaria, por lo que resulta importante de considerar en la anamnesis futura.

Palabras clave: Inversus, situs, embarazo alto-riesgo, cuidado prenatal.

Correo: katherine.839@gmail.com

¹Interna de medicina, Universidad Mayor de Temuco, Chile.

²Médico cirujano, gineco-obstetra, Hospital San José de Victoria, Chile.

TROMBOSIS DE VENA OVÁRICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO.

Autores: K. Carrasco¹, C. Concha¹, N. Ochoa².

INTRODUCCIÓN:

La trombosis de vena ovárica es una patología que suele presentarse principalmente en el puerperio, embarazo, asociado a infecciones como el proceso inflamatorio pélvico, neoplasias, cirugías abdominales u otros estados de hipercoagulabilidad. Resulta potencialmente fatal por el riesgo de embolismo pulmonar.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 38 años, multípara de dos hace 18 años, usuaria de método anticonceptivo de barrera, no es usuaria de fármacos, sin antecedentes mórbidos ni factores de riesgo para trombosis, consulta en policlínico por dolor abdominal predominante en fosa ilíaca izquierda, sin diagnóstico concluyente. Tras dos meses de evolución, vuelve a consultar en servicio de urgencias por algia intensificada que impide la marcha. Ante clínica de abdomen agudo poco específica se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de pelvis que muestra quiste anexial izquierdo complejo y trombosis de vena ovárica derecha. Se decide hospitalizar, se anticoagula con enoxaparina y logra resolución del dolor, y se solicitan marcadores tumorales, los que resultan negativos. Egresa con indicación de anticoagulación con dabigatrán más anexectomía izquierda diferida, la cual se realiza tres semanas después. La biopsia muestra cuerpo lúteo hemorrágico.

DISCUSIÓN:

En pacientes cuya clínica de abdomen agudo sea imprecisa los métodos de estudio imagenológicos resultan esenciales para identificar diferentes causas, sobre todo en pacientes de sexo femenino para lograr distinguir patologías gineco-obstétricas de aquellas de cirugía general, resultando la TAC la técnica de elección.

CONCLUSIÓN:

Si bien, la trombosis de vena ovárica es poco frecuente, más aún en ausencia de fiebre o fuera del puerperio, debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes de sexo femenino con abdomen agudo. En caso de que la anamnesis y la clínica sean inespecíficas, se sugiere continuar estudios con imagenología, como una TAC, para evitar complicaciones y laparotomías sin hallazgos.

Palabras clave: Abdomen agudo, trombosis, Quiste ovárico.

Correo: katherine.839@gmail.com

¹Interna de medicina, Universidad Mayor de Temuco, Chile.

²Médico cirujano, gineco-obstetra, Hospital de Victoria, Chile

NEFRITIS FOCAL AGUDA O “NEFRONIA”: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: N. Bustos¹, H. Del Valle¹, F. Muñoz¹, M. Rodríguez¹, I. Fritz².

INTRODUCCION:

Nefritis focal aguda (NFA) es una infección bacteriana localizada al riñón, un estadio intermedio entre pielonefritis aguda (PNA) y absceso renal. La frecuencia es baja, siendo más frecuente en adultos con comorbilidades, con escasos reportes en pacientes pediátricos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Preescolar femenina de 3 años, sin antecedentes mórbidos, con reiteradas consultas en urgencias por cuadro febril hasta 40°C asociado a dolor abdominal difuso de 4 días de evolución. Se hospitalizó para estudio solicitándose bioquímico básico, examen de orina, urocultivo, hemocultivos y ecografía abdominal. Destacando parámetros inflamatorios elevados con adenopatías mesentéricas en flanco y fosa iliaca derecha de hasta 10.8mm con escaso líquido libre peritoneal en ecografía. Resto normal. Inició tratamiento antibiótico de amplio espectro, evolucionando afebril en 72 horas, momento que se realiza nueva ecografía abdominal, que evidenció aumento de líquido libre peritoneal y reducción del tamaño de adenopatías. Al séptimo día hospitalizada presentó nuevos peaks febriles hasta 39°C, con exámenes de control y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Se sospechó fiebre por uso de antibióticos, suspendiéndose. Persistió febril con aumento de parámetros inflamatorios por ende se realiza tomografía computarizada abdominal que demostró finalmente zona hipocaptante renal derecha en su tercio medio compatible con NFA. Se inició amikacina endovenosa por 7 días, luego dada de alta con antibioticoterapia vía oral para completar 21 días y uroprofilaxis.

DISCUSIÓN:

La NFA generalmente presenta clínica similar a PNA, no obstante, puede presentarse como síndrome febril sin foco con urocultivo negativo, por lo cual es importante tener sospecha diagnóstica y diferenciarlo con otros procesos infecciosos renales, puesto que requiere tratamiento agresivo y prolongado más un estrecho seguimiento por riesgo de evolucionar a absceso renal.

CONCLUSIÓN:

NFA presenta escasos reportes en Pediatría, los cuales mayoritariamente se presenta con clínica atípica y exámenes poco orientadores. En este caso es relevante el apoyo imagenológico para poder diagnosticar esta entidad.

Palabras clave: Nefritis, absceso, ultrasonido, pediatría.

Correo: nicole.bustosm@mayor.cl

¹Interno de Medicina, Facultad de ciencias, Universidad Mayor, Sede Temuco.

²Médico Pediatra, Hospital Mauricio Heyermann, Angol.

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ CESÁREA PREVIA COMPLICADO CON PLACENTA PERCRETA. REPORTE DE UN CASO.

Autores: J.Mancilla¹, V. Palacios¹, S. Suazo¹, R.Serra².

INTRODUCCIÓN:

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa es una presentación rara que ocurre aproximadamente en 1:2000 embarazos. El diagnóstico es ecográfico y al no existir consenso sobre el manejo, debe ser individualizado. La importancia del caso radica en la repercusión del diagnóstico temprano y disminución de complicaciones asociadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 27 años, multípara de uno, antecedente cicatriz de cesárea anterior, cursando embarazo 11+3 semanas es derivada a Servicio de Obstetricia por metrorragia escasa de 2 meses de evolución. Se realiza estudio ecográfico, impresionando implantación trofoblástica en cicatriz de cesárea anterior y adelgazamiento de interfase vesicouterina, sugerente de acretismo placentario con probable compromiso vesical. Cursando embarazo 14 semanas y por elevado riesgo materno se construye causal 1, ley Interrupción Voluntaria del Embarazo. Se informa a paciente sobre riesgos asociados, tomando la decisión de acoger ley IVE, realizándose histerectomía por diagnóstico de acretismo placentario.

DISCUSIÓN:

La finalización del embarazo se puede realizar mediante métodos farmacológicos o quirúrgicos. No se utilizó tratamiento farmacológico con Metotrexato por detección tardía. Otras opciones descritas incluyen legrado uterino, no recomendado por alto riesgo de rotura uterina y hemorragia severa; embolización de arterias uterinas cuya evidencia es controversial; resección histeroscópica en cuña, la cual presenta menor riesgo de sangrado y resección eficaz. Sin embargo, al existir acretismo placentario con probable invasión trofoblástica hacia la vejiga, el riesgo de rotura uterina y hemorragia aumenta, por lo que se decide optar por tratamiento quirúrgico realizándose histerectomía total.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento para embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior debe ser individualizado según clínica, características y deseo de la paciente. El diagnóstico temprano es vital para preservar fertilidad futura, en este caso la pesquisa fue tardía; por lo que se determina realizar, en conjunto con la paciente, histerectomía obstétrica bajo primera causal de ley IVE.

Palabras clave: Embarazo ectópico, placenta percreta, histerectomía.

¹Estudiantes de Medicina, Universidad de Magallanes.

²Tutor, Ginecólogo - Obstetra, Hospital Clínico Magallanes.

RECIDIVA DE CARCINOMA MUCINOSO MAMARIO EN PACIENTE JOVEN.

Autores: A. Wenner¹, E. Arroyo¹, J. Arancibia¹, C. Martínez².

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma mucinoso puro (CM) es un tipo histológico infrecuente en el cáncer de mama, con una incidencia de entre 1-4%. La edad promedio al diagnóstico es de 71 años. El CM tiene un buen pronóstico, con una tasa de supervivencia a los 5 y 20 años de 94% y 81% respectivamente. No se han descrito factores de riesgo o pronóstico, y no existe un tratamiento estandarizado para el CM.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 23 años, con antecedente de CM izquierdo 2002, con tinción de un 60% de receptores de estrógeno (ER) y 70% de receptores de progesterona (PR). Tratada con mastectomía parcial con vaciamiento axilar, sin compromiso ganglionar en la biopsia, T2N0M0. Completando radioterapia con posterior quimioterapia y hormonoterapia adyuvante. Evidencia un nódulo mamario izquierdo en 2018, a los 39 años. Se realiza mastectomía parcial izquierda que confirma recidiva CM, caracterizado con ER 99%, PR 99%, Her2 negativo y Ki67 10%. Posterior a estudio de etapificación, se decide totalizar la mastectomía izquierda con reconstrucción inmediata mediante un colgajo abdominal, seguido de hormonoterapia. Actualmente 2 años libre de enfermedad.

DISCUSIÓN:

El CM es infrecuente en mujeres jóvenes, con incidencias del 1% en menores de 35 años y presentan menor grado histológico y compromiso ganglionar al diagnóstico comparado con el carcinoma ductal invasor (CD). Se ha descrito una tasa de recidiva similar al CD de entre 4-7%. Estudios previos han planteado la cirugía conservadora para CM de estadio temprano y la posibilidad de actuar con menor agresividad en cuando a terapia adyuvante y disección axilar por su buen pronóstico.

CONCLUSIÓN:

Resulta relevante presentar casos de recidiva tardía como el expuesto, pues no existen directrices claras para su manejo, por falta de evidencia.

Palabras clave: Neoplasia mamaria, carcinoma, mucinoso, recidiva.

Correo: alexander.wenner38@gmail.com

¹Universidad Austral de Chile.

²Universidad Mayor de Temuco.

SÍNDROME DE HUNTER, INFECCIÓN POR SARS COV-2 Y COMPROMISO DE CONCIENCIA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: I. Perlwitz¹, R. Ayala², S. Moreno³, C. Cifuentes¹.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Hunter es una enfermedad genética determinada por una mutación en el cromosoma X. Afecta la función de enzimas provocando acumulación de mucopolisacáridos, pudiendo conllevar a alteraciones, cardiológicas, neurológicas, respiratorias, comportamiento, desarrollo óseo, etc.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino, 43 años, con antecedentes de síndrome de Hunter, deterioro cognitivo leve y osteogénesis imperfecta, con alteraciones de la marcha hace dos años.

Es traído por familiares a servicio urgencia por cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por fiebre, disnea, cefalea y compromiso de conciencia (Glasgow 10). Se presenta desorientado y bradipsíquico. Se realiza PCR resultando positivo para SARS CoV-2, iniciándose terapia de soporte, tratamiento antibiótico empíricos y aislamiento.

TC de tórax no evidencia neumonía, destaca leve cardiomegalia, hipertensión pulmonar, ateromatosis aórtica y coronaria. Exámenes de Laboratorio sin elevación de parámetros inflamatorios.

Por compromiso de conciencia se solicita TC de cerebro sin contraste que muestra hipodensidades en sustancia blanca sin edema cerebral ni cambios agudos, atribuidos a patología de base.

Evoluciona favorablemente, sin complicaciones ni secuelas por COVID, pero continúa desorientado, estable dentro de su condición. Es dado de alta, con interconsulta a policlínico de neurología.

DISCUSIÓN:

Aunque estos pacientes suelen tener complicaciones post infecciones respiratoria, el paciente evoluciona favorablemente. Los hallazgos del TC de cerebro no mostraron lesiones agudas, por lo que los resultados se asociaron a la enfermedad de base, al igual que los hallazgos del TC de tórax.

Con respecto al compromiso de conciencia fluctuante y prolongado, fue evaluado por neurólogo, quedando en estudio por delirium vs su basal, refiriéndose a interconsulta de neurología para continuar estudio.^{2,3}

CONCLUSIÓN:

En síndrome de Hunter los pacientes están propensos a complicaciones según tipo y gravedad de la enfermedad, por esto es importante conocer esta patología para poder orientar mejor el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Palabras clave: SARS-CoV-2, Mucopolysaccharidosis 2, Delirium.

Correo: iperlwitzb@gmail.com - Ingeborg Perlwitz Brun.

¹Estudiante 5 año medicina universidad San Sebastián, sede de la Patagonia.

²Interno medicina universidad San Sebastián, sede de la Patagonia.

³Interno medicina universidad San Sebastián, sede Tres Pascualas.

PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTORA DE KPC. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: V. Alarcón¹, I. Bayo¹, I. Urrutia¹, C. Concha².

INTRODUCCIÓN:

En contexto de la resistencia antibiótica, destacan aquellos microorganismos productores de carbapenemasas, familia más versátil de β -lactamasas. Un mecanismo de resistencia de relevancia es la producción de KPC (Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase), aislada por primera vez en Chile el 2012, dada su rápida diseminación y limitado tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 47 años, con antecedentes de tabaquismo y HTA, consulta en HHA por cefalea ictal de 15 días de evolución y compromiso de conciencia. TAC de urgencia muestra hematoma intraparenquimatoso. Se hospitaliza.

Días después presenta cuadro febril en contexto de catéter urinario, urocultivo resulta positivo a Pseudomonas Aeruginosa productora de KPC. Se inicia tratamiento con amikacina. TAC de control evidencia dilatación de ventrículos cerebrales. Se instala válvula derivativa ventrículo peritoneal (DVP) por hidrocefalia. Posteriormente presenta peaks febriles y elevación de PCR, se hemocultiva e inicia tratamiento de ampicilina-meropenem. Por disfunción de DVP y LCR característico de infección se retira DVP e instala válvula ventrículoexterna por sospecha de ventriculitis. Cultivo de LCR muestra Staphylococcus epidermidis meticilino resistente. En nuevo control de LCR se encuentra Pseudomonas Aeruginosa productora de KPC sensible a colistin y amikacina, iniciando tratamiento con Meropenem + Colistin EV e intratecal.

DISCUSIÓN:

Pseudomonas aeruginosa es uno de los patógenos nosocomiales globalmente dominantes, asociado a dispositivos y cateterismo. Es intrínsecamente resistente a diversas clases de antibióticos y capaz de adquirir BLEE y carbapenemasas. Su espectro de hidrólisis incluye todos los betalactámicos.

La resistencia a imipenem y meropenem puede indicar la presencia de una carbapenemasa tipo KPC. Para confirmar, se requieren pruebas fenotípicas de detección de carbapenemasas.

CONCLUSIÓN:

En contexto de instalación de DVP, paciente presentó ITU por Pseudomonas aeruginosa KPC asociado a cateterismo y, posteriormente ventriculitis por la misma cepa. Antibiograma arroja multiresistencia antibiótica. El limitado tratamiento convierte a estas cepas en un serio problema de salud pública.

Palabras clave: Pseudomonas aeruginosa, resistencia betalactámica, derivación ventrículooperitoneal.

Correspondencia: Calle Oxford 355, Angol, Chile.

Correo: valentina.alarcon015@gmail.com

¹Estudiante quinto año Medicina, Universidad Mayor Temuco.

²Médico Infectóloga, Hospital Hernán Henríquez Aravena.

COLEDOCOLITIASIS TRATADA PREVIAMENTE COMO ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE): IMPORTANCIA DE SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ.

Autores: K. Vidal¹, M. Guerra¹, G. Andrade¹.

INTRODUCCIÓN:

La coledocolitiasis se define como la obstrucción de la vía biliar por cálculos. Clínicamente se manifiesta con cólicos epigástricos acompañados de náuseas, vómitos, coluria e ictericia. Se asocia principalmente al sexo femenino, edad avanzada, factores genéticos y obesidad. Requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones letales.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 47 años, antecedentes de hipotiroidismo e historia de 1 año de evolución de cólicos abdominales diagnosticados en 2 ocasiones como ERGE, refractarios a tratamiento, consulta en urgencia, por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por epigastralgia severa, irradiada a hipocondrios y dorso, acompañada de coluria, ausencia de náuseas, vómitos o fiebre. Al examen físico Blumberg y Murphy negativos. En exámenes de laboratorio destaca: bilirrubina directa: 0,66, fosfatasa alcalina: 250 GGT: 409 GOT: 415 GPT: 403 PCR: 4. Se realiza ecografía abdominal que muestra colelitiasis y barro biliar vesicular, moderada dilatación coledociana con su extremo distal no visualizado. Posteriormente la colangiografía evidencia litiasis vesicular y vía biliar dilatada, en que se observa cálculo en colédoco distal. Se realiza CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) y 10 días después se realiza colecistectomía. Paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones.

DISCUSIÓN:

Paciente presentó dolor epigástrico refractario al uso de inhibidores de la bomba de protones, sin otros síntomas, en este caso uno de los diagnósticos diferenciales es una patología biliar, mas el diagnostico de coledocolitiasis en este caso fue tardío porque se atribuyó el dolor en 2 oportunidades a una ERGE sin añadir estudios.

CONCLUSION:

Es importante la ecotomografía en el abordaje temprano del dolor abdominal, en sospecha de patología biliar, y se requiere una anamnesis dirigida considerando factores de riesgo. Aunque esta conducta debería ser una práctica habitual, conociendo su prevalencia en nuestro país en este caso no se realizó dejando incompleto el estudio diagnóstico poniendo en una situación potencialmente fatal a la paciente.

Palabras clave: Coledocolitiasis, colelitiasis, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colecistectomía laparoscópica.

Correo: Karina.vidalm@mayor.cl

¹Estudiante de Medicina cuarto año.

NEUMONÍA POR COVID-19 EN EMBARAZADA DE 25 SEMANAS Y RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL.

Autores: R. Ayala¹, S. Moreno², I. Perlwitz³, F. Pinto².

INTRODUCCIÓN:

El brote actual de la nueva enfermedad por Coronavirus (COVID-19), puede producir diversas complicaciones como un síndrome respiratorio agudo severo, neumonía e insuficiencia renal.⁶

El embarazo es un estado de inmunidad diferente que hace a las mujeres más vulnerables a las infecciones virales; adicionalmente, los cambios cardiopulmonares propios de la gestación agregan mayor morbimortalidad a los cuadros infecciosos con compromiso respiratorio.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 31 años nulípara, con actual embarazo de 25+3 semanas y restricción del crecimiento fetal etapa I, consulta en el servicio de urgencia por cuadro de disnea leve de dos días de evolución acompañado de tos con expectoración hemoptoica y fiebre por lo que se inicia oxigenoterapia, antibioticoterapia, corticoterapia y se solicita reacción en cadena de polimerasa para COVID-19 con resultado positivo.

Aumenta el compromiso respiratorio por lo que se solicita tomografía axial computarizada de tórax sin contraste en la que se visualiza neumonía extensa con compromiso pulmonar bilateral, multilobar.

Se optimiza oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo (CNAF) y posterior mascarilla de recirculación, mejorando la sintomatología siendo dada de alta.

Paciente autorizó presentación del caso.

DISCUSIÓN:

La optimización de la oxigenoterapia con distintos dispositivos permitió mantener estable a la paciente, evitando el paso a ventilación mecánica, que, debido a su alto riesgo obstétrico, se indicaría la interrupción del embarazo a las 26 semanas, que como consecuencia traería alta morbimortalidad neonatal y las complicaciones asociadas a un recién nacido prematuro.

CONCLUSIÓN:

La insuficiencia respiratoria provocada por la neumonía por COVID-19 puede llegar a ser muy grave, debido al estado hiperdinámico propio del embarazo y al generar la necesidad de utilizar distintos métodos de oxigenoterapia, que, en el caso de la ventilación mecánica invasiva, en la que se utilizan sedantes, pueden ser riesgosos para la unidad feto placentaria.⁴

Palabras clave: Infecciones por Coronavirus, neumonía, embarazo.

Correo: Robert.ayala1234@gmail.com - Roberto Ayala Torrejón.

¹Interno de medicina, Universidad San Sebastián, sede de la Patagonia.

²Interno de medicina, Universidad San Sebastián, sede Tres Pascualas.

³Estudiante 5 año medicina, Universidad San Sebastián, sede de la Patagonia.

SÍNDROME DE WEST DE ETIOLOGÍA GENÉTICA POR MUTACIÓN DE GEN SPTAN1: REPORTE DE UN CASO.

Autores: C. Espinoza¹, Y. Soto², P. De la Rosa¹, I. Perlwitz², S.Silva³.

INTRODUCCIÓN:

Las encefalopatías epilépticas (EE) son desórdenes caracterizados por crisis epilépticas frecuentes y deterioro de la función cerebral atribuido a la misma actividad epiléptica. Incluyen el síndrome de West (SW), síndrome de Ohtahara, síndrome de Lennox-Gastaut, entre otros. El SW se caracteriza por espasmos epilépticos, hipsarritmia en el electroencefalograma y retraso del desarrollo psicomotor. Entre las causas genéticas infrecuentes de SW se han descrito mutaciones heterocigotas de gen SPTAN1, caracterizado además por microcefalia progresiva, hipotonía, síndromes piramidal y extrapiramidal, y anomalías típicas en la neuroimagen: Hipomielinización, atrofia/hipoplasia cerebelosa y troncoencéfalo. Estudios recientes además destacan un curso neurodegenerativo con atrofia cerebral.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, nacida de padres sanos no consanguíneos, sin alteraciones durante el embarazo o nacimiento. Debutó con SW a los 5 meses, asociado a microcefalia adquirida, retraso global del desarrollo psicomotor y hallazgos particulares en su resonancia magnética cerebral: atrofia ponto-cerebelosa, retraso severo de la mielinización, disgenesia del cuerpo calloso e hipoplasia ganglionar. La paciente recibió 2 curas de ACTH sin respuesta favorable, evolucionando con progresión de su microcefalia, signos piramidales y distonías. Además, presentó trastorno de deglución requiriendo gastrostomía y cirugía anti-reflujo. El tratamiento con vigabatrina logró finalmente control del SW. Dado cuadro clínico de SW, neuroimagen característica y extensos análisis metabólicos negativos, se sospechó en mutación SPTAN1 como etiología, confirmándose con estudio genético de secuenciación de exoma completo.

DISCUSIÓN:

La encefalopatía SPTAN1 es una condición rara, aunque bien descrita en la literatura internacional. Nuestro caso, concordante con la literatura, demuestra que es una entidad sospechable cuando tenemos un SW con debut temprano (bajo 3 meses) en un paciente con retraso global del desarrollo psicomotor y neuroimagen característica, además de un cuadro clínico de curso progresivo.

CONCLUSIÓN:

Aunque poco frecuente, esta condición genética es clínico-radiológicamente reconocible y debe considerarse como etiología ante un SW con características típicas, neuroimagen característica y curso progresivo-degenerativo.

Palabras clave: Encefalopatía epiléptica, epilepsia, síndrome de West, SPTAN1.

Correo: c.espinozapineda@gmail.com

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias, Universidad San Sebastián. Puerto Montt. Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder.

²Estudiante Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias, Universidad San Sebastián. Puerto Montt. Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder.

³Neurólogo infantil, Epileptólogo. Puerto Montt. Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder.

PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA SECUNDARIA A LITIASIS CORALIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: M. Terraza¹, J. Jaramillo², H. Salas³, J. Vergara⁴, J. Almonacid⁵, R. Sánchez⁶.

INTRODUCCIÓN:

Introducción: La Pielonefritis xantogranulomatosa (XGP) es una infección renal crónica severa que resulta típicamente en destrucción renal completa. Afecta hasta un 1,4% de los casos de inflamación renal.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 59 años, hipertensa e hipotiroidea. Derivada por infección urinaria recurrente. Estudiada a finales de 2019, ecografía informa litiasis coraliforme izquierda asociada a atrofia renal izquierda. En junio de 2020 consulta en urgencias Hospital La Florida cólico renal afebril. Parámetros inflamatorios elevados y falla renal. TAC abdomen y pelvis informa litiasis coraliforme izquierda. Se realiza ascenso catéter doble J izquierdo y cobertura antibiótica asociada. A las 24 horas, paciente febril, sin sepsis. Urocultivo positivo para enterococcus faecalis multisensible. Nuevo TAC de control informa hallazgos compatibles con XGP. Se realiza nefrectomía radical izquierda. Tras cirugía paciente afebril, con caída de parámetros inflamatorios. Evoluciona favorablemente, siendo egresada a su domicilio. Se cuenta con consentimiento informado firmado por parte de la paciente.

DISCUSIÓN:

La XGP es una rara infección renal crónica que determina la destrucción de la unidad renal. Los factores primariamente asociados son la nefrolitiasis, obstrucción e infección. Hasta un 83% de los pacientes tienen historia de litiasis. Generalmente los urocultivos son positivos para Escherichia coli o Proteus spp, pero hasta 1/3 de los pacientes pueden tener cultivos negativos. Habitualmente el tratamiento es quirúrgico debido al extenso compromiso de la unidad renal, como fue el de este caso presentado.

CONCLUSIÓN:

La XGP es una emergencia urológica en caso de no actuar a tiempo al momento del diagnóstico, habitualmente la causa es obstrucción de la vía urinaria superior que determina pérdida de la unidad renal. A pesar de su baja frecuencia, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de cólico renal febril que no responde a descompresión de vía urinaria y tratamiento antibiótico.

Palabras clave: Pielonefritis xantogranulomatosa, infección del tracto urinario, litiasis.

Correo: Manuel.terrazav@mayor.cl

¹Interno Medicina Universidad Mayor sede Santiago.

²Interno Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

³Interno Medicina Universidad Mayor sede Santiago.

⁴Interno Medicina Universidad Mayor sede Temuco.

⁵Médico Urólogo, Servicio Urología Hospital La Florida, Santiago, Chile.

⁶Becado Urología Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

MIOCARDITIS VIRAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR TORÁCICO, REPORTE DE CASO.

Autores: J. Cárdenas¹, K. Durán¹, P. Blaschke¹, S. Monsalve², J. Osses³.

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones virales constituyen la causa más frecuente de miocarditis, a pesar de que apenas el 1-4% de los pacientes con infecciones virales la desarrolla. Es una entidad de difícil diagnóstico y que requiere alta sospecha, ya que su curso clínico es heterogéneo, desde leves episodios de disnea y dolor torácico autolimitados, hasta shock cardiogénico y muerte súbita.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 48 años sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de dolor retroesternal opresivo con elevación de segmento ST en derivadas contiguas. Se descarta compromiso coronario con coronariografía y en el control electrocardiográfico presenta nivelación del segmento ST. Ecografía transtorácica muestra hipertrofia ventricular izquierda con función global disminuida y ventrículo derecho grueso y ecodenso. Por deterioro clínico ingresa a unidad de cuidados intensivos, donde por sospecha clínica se realiza panel viral con resultado positivo para virus influenza A/H1N1. Inicia tratamiento antiviral con mejora clínica significativa y estudio negativo para enfermedades infiltrativas. Es dado de alta cinco días más tarde sin complicaciones.

DISCUSIÓN:

La miocarditis es una infrecuente complicación de una infección viral, de mortalidad baja y de presentación muy variable, que puede llegar al shock cardiogénico y la muerte súbita. Actualmente no se cuenta con un modelo fisiopatológico claro, pero se sospecha un mecanismo diferente al de la injuria pulmonar ya que sólo una baja proporción de los pacientes con miocarditis manifiestan compromiso respiratorio. El manejo es principalmente de soporte, pudiendo además incluir antivirales e inmunosupresores.

CONCLUSIÓN:

Ante un cuadro de dolor retroesternal con estudio coronario negativo la miocarditis debe ser considerada como parte de los diagnósticos diferenciales. Es necesaria una alta sospecha clínica en el abordaje por lo heterogéneo del cuadro.

Palabras clave: miocarditis, influenza, shock cardiogénico, falla cardiaca.

Correo: javiercardenascaro@gmail.com

¹Internos Medicina Universidad de La Frontera.

²Alumna Medicina Universidad de La Frontera.

³Médico Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco

CÁNCER NO DIFERENCIADO DE TIROIDES, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: C. Figueroa¹, A. Bustos¹, I. Carrillo¹, L. Arratia².

INTRODUCCIÓN:

Las neoplasias malignas en cabeza y cuello presentan una incidencia del 10%, excluyendo tumores dermatológicos. La anatomía del cuello y sus variados tejidos implica estudiar diagnósticos diferenciales de masa cervical. El cáncer tiroideo es la principal neoplasia endocrina cervical, destacando el tipo anaplásico por su agresividad y pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer, 66 años, hipertensa, sin antecedentes de cáncer ni radioterapia en infancia. Desde 2005, aumento de volumen cervical anterior progresivo, control endocrinológico irregular. Eco tiroidea: Nódulos bilaterales 1cm TIRADS 5, adenopatía sospechosa (grupo III) derecha, PAAF nódulo: BETHESDA VI.

Paciente sin control médico desde 2015. TC Cuello y tórax: Masa tiroidea derecha, heterogénea 13x14x15cm, desplaza tráquea, trombosa vena yugular izquierda, envuelve carótida derecha, adenopatías yugulares derechas (grupo IV) y mediastínicas. Nódulos pulmonares bilaterales.

Previa cirugía, con disnea y dolor persistente. Al examen, gran masa que hiperextiende cuello, circulación superficial, pétreo, adherida profundamente.

Se realizó tiroidectomía total ampliada, ligadura bilateral de venas yugulares internas más traqueostomía. Al sexto día postoperatorio se reinterviene por hematoma cervical. Biopsia: Cáncer anaplásico de tiroides y metástasis ganglionar (T4bN1M1). Se decidió radioterapia adyuvante.

DISCUSIÓN:

El estudio de masa cervical es desafiante, requiere enfoque clínico y métodos como radiología y citología, así, el rol del médico general en el diagnóstico preoperatorio es sospecha y derivación. El cáncer de tiroides es el sexto más frecuente en mujeres, la histología diferenciada es la principal, aunque corresponde a una reducida fracción del total. De los no diferenciados, el anaplásico es inusual y agresivo, en la sexta-séptima década, con enfermedad localmente avanzada al diagnóstico y limitada opción terapéutica.

CONCLUSIÓN:

Ante una masa cervical en adulto debemos descartar malignidad. El Cáncer anaplásico de tiroides causa el 50% de las muertes por neoplasia maligna de tiroides, a pesar de su baja incidencia. Este caso ejemplifica su comportamiento y dificultoso manejo.

Palabras clave: Cáncer endocrino, cáncer tiroideo, carcinoma tiroideo anaplásico.

Correo: c.figueroa12@ufromail.cl

¹Estudiante de Medicina séptimo año, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Cirujano del Servicio de Cirugía, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

CONDILOMA GIGANTE DE BUSCHKE-LOWENSTEIN CON TRANSFORMACIÓN MALIGNA, REPORTE DE CASO EN PACIENTE FEMENINA.

Autores: C. Martínez¹, A. Wenner², J. Arancibia², J. Flores³.

INTRODUCCIÓN:

El tumor de Buscke-Löwenstein(TBL) pertenece a los carcinomas verrucosos, es una presentación rara de infección por Papilomavirus humano(VPH). Tiene una incidencia de 0,1% y es más frecuente en hombres con una proporción de 3.3:1. Son localmente destructivos con baja tasa de metástasis. Afecta la calidad de vida del paciente, debido a frecuente recidiva y probabilidad de malignización a carcinoma escamoso(CE).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 68 años, hipertensa, presenta lesión exofítica vulvar de larga data, la cual presenta crecimiento acelerado los últimos 3 meses. Al examen físico se aprecia gran masa tumoral verrucosa con ocupación de toda la zona vulvo perineal. Dentro de los exámenes destaca hematocrito 25.8, Hemoglobina 7.7, leucocitos 14400, estudio de infecciones de transmisión sexual(ITS), negativo para VIH, sífilis, hepatitis B y C. Biopsia compatible con condiloma con atipia epitelial moderada y severa. Estudio inmunohistoquímico Ki67: actividad proliferativa confinada a zona basal de epidermis. Tomografía axial computarizada(TAC) abdomen y pelvis: región vulvar aumentada de tamaño con aumento de densidad grasa, adenopatías inguinales bilaterales en relación a cadena iliaca externa derecha y en situación aortocava. Se deriva a gineco oncología. Se realiza cintigrama óseo, colonoscopia y cistoscopia sin evidencia de localizaciones secundarias, se decide manejar con quimioterapia neoadyuvante.

DISCUSIÓN:

El TBL suele ser localmente destructivo, no suele presentar modificaciones celulares de atipia y rara vez hace metástasis a ganglios linfáticos, a diferencia del caso presentado, las cuales tendrían origen desde focos de CE que surgen de estos tumores. Aproximadamente 30% puede malignizarse, esto tendría relación con el serotipo de VPH. Es importante realizar estudio de otras ITS y buscar patología cervical, las cuales fueron descartadas.

CONCLUSIÓN:

El VPH es el factor más importante en el desarrollo del TBL. La prevención primaria mediante uso de métodos anticonceptivos de barrera, el diagnóstico temprano y tratamiento de los condilomas acuminados son esenciales en la prevención del TBL que podría progresar a CE.

Palabras clave: Condiloma acuminado, carcinoma verrucoso, carcinoma escamoso.

Correo: Constanza.martinezcu@mayor.cl

¹Interna de medicina, séptimo año. Universidad Mayor, Temuco.

²Interno (a) de medicina, séptimo año. Universidad Austral de Chile, Valdivia.

³Médico Dermatólogo. Hospital San José de Victoria, Victoria.

PIELONEFRITIS AGUDA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS, EN ADOLESCENTE DE 12 AÑOS: REPORTE DE UN CASO.

Autores: S.Alvial¹, B.Casanova¹, J.Pérez¹, M.Valenzuela¹, I.Fritz¹.

INTRODUCCIÓN:

Infección del tracto urinario (ITU): Infección bacteriana altamente frecuente en pediatría. La pielonefritis es una ITU alta asociada a fiebre y vómitos. Escherichia coli (E. coli) es el patógeno más frecuente; las causadas por otros gérmenes se consideran “infecciones atípicas” por lo que resulta interesante la revisión del caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino 12 años, con antecedente de divertículos vesicales a los 3 años, acude al servicio de pediatría por fiebre de 2 días de evolución, orina de mal olor, disuria y vómito. Examen físico sin alteraciones. Se solicita radiografía de tórax sin hallazgos, examen de orina: nitritos positivos, hemograma: Leucocitos 24.000 x 10³/ul, PCR 90 mg/L. Manejo urgencia: Suero fisiológico más ketoprofeno endovenoso. Durante la hospitalización se administra cefotaxima y paracetamol. Evoluciona con peak febriles nocturnos. Se realiza ecografía renovesical que evidencia cirugía antigua de neo implante vesicoureteral bilateral. El urocultivo destaca Staphylococcus aureus, por tanto se decide agregar cloxacilina.

Se solicita Urografía por tomografía computarizada con contraste (urotac), hemocultivo, urocultivo y exámenes de control: en rangos normales. Urocultivo sin desarrollo bacteriano, en urotac destaca hallazgos compatibles con pielonefritis aguda derecha, en contexto del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por lo que se decide alta médica.

DISCUSIÓN:

La confirmación diagnóstica se realiza mediante examen de orina y urocultivo, que resultó infrecuente para la edad y sexo del paciente (incidencia entre 0.04 a 0.2%). Se recomienda iniciar tratamiento antibiótico empírico cubriendo E. coli, este se modificó con el urocultivo ya que resultó ser una ITU atípica, inhabitual (incidencia desconocida). Las complicaciones por pielonefritis son poco frecuentes: abscesos renal/perirrenal y pielonefritis enfisematosa, sin embargo se recomienda seguimiento por su gravedad.

CONCLUSIÓN:

Las ITU atípicas generalmente se asocian a patología subyacente. Es necesario un diagnóstico etiológico oportuno, para manejo y corrección de la patología de base, evitando complicaciones y cuadros recurrentes a futuro.

Palabras Claves: Pielonefritis, riñón, orina.

Correo: beny.casanova.o@gmail.com

¹Internas de Medicina Universidad Mayor Temuco.

²Médico Cirujano, Pediatra Hospital Angol, Universidad Mayor Temuco.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE PALATINO DE BAJO GRADO, REPORTE DE CASO.

Autores: K. Durán¹, J. Cárdenas¹, N. Diener², S. Monsalve², J. Osses³.

INTRODUCCIÓN:

Los tumores malignos de glándulas salivales (TMGS) son entidades poco frecuentes (<6% de los tumores de cabeza y cuello). El palatino es el más común con >60% de malignidad.

El tratamiento quirúrgico es de elección en etapas tempranas, siendo éste curativo; sin embargo, la mayoría se diagnóstica en etapas avanzadas, requiriendo intervenciones adicionales.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 55 años referido a la unidad de cirugía de cabeza y cuello por un año de aumento de volumen palatino no doloroso de 1x2 cm. Estudio con TC: lesión expansiva de 17 mm de diámetro, de intensidad de partes blandas, heterogénea, que erosionaba estructura ósea. En primera intervención quirúrgica para biopsia se encontró lesión que abombaba paladar, con cambios inflamatorios en su superficie. Se realizó enucleación completa del tumor. Biopsia informó carcinoma mucoepidermoide de bajo grado. En segunda cirugía se realizó ampliación de márgenes y resección oncológica de porción central de paladar duro y anterior de paladar blando, quedando defecto de 3x4 cm que se reconstruyó con colgajo radial, el que fue reparado con injerto de muslo. Evolucionó sin recidiva local, con colgajo vital en controles posteriores.

DISCUSIÓN:

El tratamiento de elección para los TMGS palatinos es escisión local completa con márgenes negativos, dependiendo del estudio imagenológico y sitio anatómico, asociado a radioterapia postoperatoria una vez etapificado el tumor, no siendo ésta última necesaria en etapas iniciales. Por su clínica discreta, la detección tumoral generalmente es tardía y requerirá intervenciones adicionales. En este caso el diagnóstico y tratamiento inicial fueron oportunos, lo que permitió la recuperación total únicamente con cirugía, asegurando la funcionalidad del paciente.

CONCLUSIÓN:

A pesar de ser tumores con una alta tasa de malignidad, de detección tardía y posterior necesidad de radioterapia complementaria, el manejo quirúrgico oportuno puede ser curativo sin requerir terapias adicionales.

Palabras clave: Glándulas salivares menores, neoplasia palatina, carcinoma mucoepidermoide.

Correo: k.duran04@ufromail.cl

¹Interno Medicina Universidad de La Frontera.

²Alumna Medicina Universidad de La Frontera.

³Médico Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

VENTRÍCULO CARDÍACO ÚNICO EN UNA PACIENTE DE 7 AÑOS, REPORTE DE UN CASO.

Autores: S.Alvial¹, B.Casanova¹, J.Pérez¹, M.Valenzuela¹, I.Fritz².

INTRODUCCIÓN:

El ventrículo único (VU) es una malformación congénita que se manifiesta en 5 de cada 100.000 nacidos vivos, de estos cerca del 70-80% presenta un ventrículo morfológicamente izquierdo, corresponde al 1% de las anomalías cardíacas. Debido a que es una patología poco frecuente resulta interesante presentar este caso

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 7 años acude a control en servicio pediatría en Hospital de Angol con antecedente de diagnóstico antenatal de cardiopatía congénita, nace por cesárea de urgencia APGAR 8-9, se traslada a Unidad cuidados intensivos y evoluciona favorablemente. Ecocardiograma 11/01/13: Atresia pulmonar con flujo pulmonar irrestricto, sobrecarga de volumen, ventrículo izquierdo dilatado, aumento distancia E-S, fracción de eyección 60%, comunicación interauricular amplia, imagen ductus arterioso persistente sin flujo. Se realizó banding de arteria pulmonar al mes de vida. Se programa glenn bidireccional a los 9 meses. Evoluciona con desaturación ante el esfuerzo, disminución de clase funcional y se realiza fontan + plastia de arteria pulmonar derecha a los 3 años. Mantiene controles en Hospital Luis Calvo Mackenna y Hospital de Angol, actualmente en buenas condiciones, sobrepeso, cianosis no destacable. En tratamiento con captopril 12,5 mg cada 12 horas, aspirina 100 mg al día, actividad física regular, alimentación saludable, control dental anual, profilaxis endocarditis.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico se realizó mediante ecocardiografía y se le realizaron intervenciones quirúrgicas de manera secuencial para mejorar su calidad de vida. A pesar de los avances terapéuticos, existen complicaciones: arritmias, trombosis del tubo, falla del ventrículo, secuelas anatómicas de cirugías previas y enteropatía perdedora de proteínas, por lo que debe permanecer en constante seguimiento por especialistas.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento quirúrgico puede evitar complicaciones: hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca y muerte. Sin intervención médica, pocos pacientes llegan a la adultez. La mortalidad ha disminuido debido a avances quirúrgicos como manejo clínico, ya que la principal causa de mortalidad es la insuficiencia cardíaca.

Palabras claves: Corazón, ventrículos, cardiopatías.

Correo: monserrattv10@gmail.com

¹Internas de Medicina. Universidad Mayor Temuco, Chile.

²Médico Cirujano, Pediatra, Hospital Mauricio Heyermann Angol, Universidad Mayor Temuco.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE MASCULINO.

Autores: F. Lagos¹, A. Landeros¹, D. Luna¹, M. Valencia¹, P. Ramírez².

INTRODUCCIÓN:

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica que puede presentar afección hepática, la superposición con Hepatitis Autoinmune (HAI) es infrecuente (0.8-2,7%).^{1,2} A continuación, se presenta el caso de un paciente que debutó con ambas patologías.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino, 17 años, sin antecedentes, presentó debilidad e ictericia de 1 semana, examen físico con úlceras orales y esplenomegalia. En exámenes de laboratorio destacó hemoglobina 10.1g/dl, leucocitos 2.410/mm³, plaquetas 30.000/mm³, GOT/GPT 311/183U/L, fosfatasas alcalinas: 442U/L e hiperbilirrubinemia indirecta. Se realizó estudio de hepatitis: serología para virus hepatotropos negativos, ecografía abdominal con signos de daño hepático crónico y esplenomegalia, exámenes inmunológicos con anti-DNA: 776, ANA: 1/640, Anti-Jo positivo, AML 1/80, C3: 41mg/dl, TCD positivo. Evaluado por reumatología, cumple con criterios para LES y HAI, por lo que se inició tratamiento con hidroxicloroquina y prednisona con buena respuesta.

DISCUSIÓN:

El LES es una enfermedad autoinmune sistémica, 10% de los casos son de sexo masculino, un 8-23% presenta afectación hepática, generalmente con hepatomegalia o alza de transaminasas (8.7-69%), el compromiso clínicamente significativo es infrecuente.^{1,3,4,5} La HAI es una enfermedad hepática crónica, caracterizada por elevación de transaminasas, hipergammaglobulinemia con anticuerpos (ASMA, Anti-LMK1) e histología característica.

La sobreposición de ambas entidades es muy rara, observándose HAI en un 0.8-2,7% de los pacientes con LES, frecuentemente en la infancia, con compromiso hepático antes o al debut del LES.^{1,3,6} Ante la duda entre HAI y hepatitis lúpica la biopsia hepática resulta fundamental.¹

CONCLUSIÓN:

El síndrome de superposición entre LES y HAI es infrecuente, sin embargo su diagnóstico precoz es de vital importancia pues cambia el pronóstico del compromiso hepático, por lo que debe ser buscado dirigidamente en casos de hepatomegalia o alteración del perfil hepático, en casos no concluyentes la biopsia resulta fundamental.

Palabras clave: Hepatitis autoinmune, hepatitis, lupus eritematoso sistémico.

Correo: albanlanderos@gmail.com - Alban Landeros Bravo.

¹Licenciado Ciencias Médicas, Universidad de La Frontera, Temuco.

²Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

PERICARDITIS CONSTRICTIVA TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: F. Córdova¹, B. Valenzuela¹, C. Brintrup¹, M. Cayul², F. Cano³.

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TBC) pericárdica es una forma grave de TBC extrapulmonar, entregando una elevada morbilidad al cuadro (taponamiento cardíaco, pericarditis constrictiva). Se presenta en el 1% de las TBC pulmonares, teniendo como clínica predominante el derrame pericárdico en un 80% de las ocasiones.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 41 años, haitiana, sin antecedentes mórbidos relevantes. Consultó por dolor torácico de 1 semana de evolución más fatigabilidad y sensación febril, sin otros síntomas asociados. Al ingreso febril más signos y síntomas de insuficiencia cardíaca. Ecocardiografía y tomografía computada sugerentes de pericarditis constrictiva. Laboratorio destacó anemia, linfopenia y proteína C reactiva elevada. Se realizó pericardiocentesis para drenaje y toma de muestra de líquido. Prueba rápida de reacción en cadena de polimerasa GeneXpert MTB/RIF^{MR} y cultivo de Koch en medio líquido MGIT^{MR} positivo para *Mycobacterium tuberculosis* multisensible. Se hospitalizó con diagnóstico de pericarditis constrictiva tuberculosa. Se inició tratamiento con esquema combinado para TBC y corticoides. Evolucionó sin falla cardíaca y sin reacciones adversas al tratamiento farmacológico. Se retiró drenaje al quinto día con un débito total de 2000 cc. Al decimocuarto día presentó recurrencia de derrame pericárdico, por lo que se decidió realizar ventana pericárdica para drenaje y obtención de muestra, sin complicaciones en el postoperatorio. Presentó mejoría clínica, decidiéndose el alta médica al decimoctavo día para continuar con tratamiento de forma ambulatoria. Biopsia diferida informó proceso inflamatorio crónico y agudo, en partes granulomatoso, negativo para bacilos ácido alcohol resistentes. Durante seguimiento permanece asintomática.

DISCUSIÓN:

La pericarditis tuberculosa se puede presentar a cualquier edad. Clínicamente tiene tres formas de presentación: derrame pericárdico, pericarditis constrictiva y forma mixta. Es importante tener una elevada sospecha en grupos de riesgo.

CONCLUSIÓN:

Es una presentación infrecuente donde el diagnóstico oportuno y el tratamiento precoz es esencial para evitar manifestaciones graves de la enfermedad.

Palabras claves: pericarditis, tuberculosis, pericarditis constrictiva.

Correo: fecordov@gmail.com - Fernando Córdova Mansilla.

¹Interno(a) de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

²Estudiante de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.

³Médico Internista, Especialista en Enfermedades Respiratorias del Adulto, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

TUBERCULOSIS PLEURAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO.

Autores: L Fernández¹, C Moreno¹, S Riquelme¹, R Ayala¹. **Tutor:** Dr. J Urzúa².

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis en Chile presenta una incidencia baja en comparación con el resto de la región. La tasa de incidencia se ha mantenido sobre 12 casos nuevos por 100.000 habitantes desde hace varios años. El grupo de menores de 15 años es considerado de manejo pediátrico en el Programa de Tuberculosis.¹ Este grupo ha presentado tasas de incidencia de tuberculosis bajas, menor a 2 casos por 100.000.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 9 años, sin antecedentes, en estudio de control de contactos por madre con tuberculosis pulmonar. Radiografía de tórax mostró derrame pleural derecho por lo que se deriva hospital. Ingresó afebril con tos seca ocasional. Toracocentesis evidencia líquido turbio amarillo, leucocitos 2000 mononucleares 97.5% Glucosa 51 proteínas 56 LDH 600 pH 7.367. ADA <3.0, cultivo de líquido pleural y expectoración negativo. Se inició tratamiento antituberculoso, evoluciona con disminución de derrame pleural por lo que se confirma diagnóstico de tuberculosis pleural.

DISCUSIÓN:

La incidencia de tuberculosis pleural en población pediátrica es baja, por ende requiere una alta sospecha. La radiografía de tórax puede mostrar derrame pleural unilateral de cuantía variable; la tomografía evidencia atelectasia o enfermedad parenquimatosa en el caso de derrames masivos.² El líquido pleural es exudado y el pH es generalmente ácido.² En bioquímico destaca Adenosina Desaminasa con una sensibilidad y especificidad >95%.² El diagnóstico de certeza se realiza demostrando la presencia del bacilo en el líquido pleural.² En el caso de nuestro paciente se utilizó la mayoría de estos métodos, a excepción de estudios invasivos debido a la buena respuesta clínica ante el tratamiento.

CONCLUSIÓN:

La confirmación de tuberculosis infantil es difícil, ya que los síntomas son inespecíficos y las pruebas diagnósticas tienen menor rendimiento, por lo que el alto índice de sospecha permite llegar al diagnóstico.³

Palabras clave: tuberculosis, pleural, pediatría, diagnóstico.

Correo: Lucfercam65@gmail.com

¹Internos medicina, Universidad San Sebastián, Sede De La Patagonia.

²Médico Cirujano, Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.

DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR ÁCIDO MEFENÁMICO CON CARACTERÍSTICAS DE AUTOINMUNIDAD, REPORTE DE CASO.

Autores: M. Larroulet², I. Canales-Córdova², A. Wenner², E. Strange³. **Tutor:** Dr. R. Palma¹.

INTRODUCCIÓN:

El daño hepático inducido por fármacos (DILI) es infrecuente (incidencia 1 en 10.000-100.000 personas/año¹). Si bien, los AINES son los más descritos¹, no hay evidencia sobre DILI por ácido mefenámico³. Igualmente, la incidencia de hepatitis autoinmune (HAI) varía: 0.67-2 en 100.000 personas/año⁴. En medio encontramos un grupo de pacientes cuyo cuadro presenta características compartidas, sin calificar certeramente para ninguno: hepatitis inducida por drogas con características autoinmunes (Autoinmune-like DILI), cuya incidencia, fisiopatología y pronóstico es desconocida.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 19 años, caucásica, previamente sana. 03/01/2020 Consume única dosis ácido mefenámico 500mg, evolucionando 5 días después con ictericia progresiva, prurito, dolor hemiabdomen superior, vómitos y coluria. Consulta el 10.01.2020 ratificando clínica. Laboratorio: GOT/GPT:2085/2327U/l, Bilirrubina total: 7.9mg/dl, predominio directo. Estudio virus hepatotropos acabado, negativo. Inmunología: ANA, ENA, Anticardiolipinas, ASMA, anti LKM-1, IgG, C3 y C4 sin alteraciones. Ecografía abdominal: sin hallazgos patológicos. TC abdomen-pelvis: porta permeable. Evoluciona con hiperbilirrubinemia progresiva y compromiso función hepática, Score MELD:21. Se realiza biopsia hepática percutánea 5.02.20 e inicia tratamiento corticoidal, disminuyendo parámetros laboratorio a <75% en 6 días. Biopsia: inflamación panlobulillar y portal, infiltrado predominio linfocitario. Control 27/04/20: ANA=1:80 moteado. Score RUCAM:8 puntos, DILI probable. Karch-Lasagna: posible. Score revisado y simplificado del estudio internacional HAI: 8 y 5, respectivamente, no concluyente de HAI. Control 02.04.2020: asintomática, normalización perfil hepático tras 2 meses de corticoides, se suspende terapia. Sin recidivas hasta hoy.

DISCUSIÓN:

DILI y HAI son patologías infrecuentes, cuyas características pueden sobreponerse en factores predisponentes, clínica, laboratorio y evolución a corto plazo, mientras tratamiento y pronóstico difiere⁵. Autoinmune-like DILI aparece entre ambas, con incidencia, respuesta a tratamiento y pronóstico desconocido. Este caso pretende aportar en su reconocimiento, tanto para mejorar su sospecha como su entendimiento.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico diferencial de hepatitis aguda es un desafío, siendo necesario mantener un conocimiento actualizado para alcanzar un adecuado nivel de sospecha, permitiendo resolverlo.

Palabras clave: Daño inducido por fármacos, hepatitis autoimmune, daño hepático inducido autoimmune, ácido mefenámico.

Correo: icanalescordova@gmail.com

¹Médico Internista, Hospital Base Valdivia.

²Interno de medicina, Universidad Austral de Chile.

³Médico cirujano, Hospital de Lanco, Docente Universidad Austral de Chile.

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA PREVIA. HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA.

Autores: S. Otero¹, A. Neculpan¹, F. Belmar².

RESUMEN:

El embarazo en cicatriz de cesárea (ECC) es el tipo menos frecuente de embarazo ectópico, no obstante, se cree que irá en aumento debido al alza sostenida de las tasas de cesárea a nivel mundial.

Se presenta el caso de una paciente con embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa diagnosticada mediante ecografía transvaginal y tratada mediante histerectomía total por vía alta, dada paridad cumplida.

El ECC requiere un tratamiento individualizado que puede ser médico o quirúrgico. Entre los tratamientos más seguros se encuentran los embriotóxicos locales y la histeroscopia, mientras que las tasas más altas de complicaciones se producen con manejo expectante, uso de metotrexato sistémico o legrado uterino. Por otra parte, la histerectomía es el tratamiento de elección en pacientes sin deseo genésico posterior.

Es importante un diagnóstico precoz a modo de privilegiar tratamientos conservadores, siendo lo quirúrgico mínimamente invasivo la primera línea con la consideración de que el objetivo principal es prevenir complicaciones y en última instancia la conservación del útero y la fertilidad.

Palabras clave: Pregnancy, ectopic, cesarean section.

Correo: s.otero01@ufromail.cl - S.Otero.

¹Estudiante de Medicina de 6° año – Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

²Médico Gineco- obstetra – Hospital de Nueva Imperial, Región de La Araucanía, Chile.

AGRANULOCITOSIS SECUNDARIA AL USO DE FÁRMACOS ANTITIROIDEOS. REPORTE DE CASO.

Autores: C. Sanzana¹, C. Muñoz¹, F. Rojas¹, D. Soto².

INTRODUCCIÓN:

La agranulocitosis se define como un recuento absoluto de neutrófilos menor a 500 células / μ L. Existen diversas condiciones por las que se puede producir, entre las que se encuentran las inducidas por fármacos. Estos últimos pueden generar eventos adversos por mecanismos dosis dependiente o por una reacción idiosincrática.

La agranulocitosis es un efecto secundario grave de las tioamidas (propiltiuracilo, metimazol), fármacos utilizados para el tratamiento de hipertiroidismo, que se presenta solo en un 0.1-0.5% de los pacientes. Usualmente se produce en los primeros tres meses de tratamiento y el riesgo de agranulocitosis por metimazol suele ser dosis dependiente (al contrario de propiltiuracilo). La recuperación de la agranulocitosis en general demora unos días, pero también puede prolongarse y ocasionar morbilidad y/o muerte por infecciones graves.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Presentamos el caso de una paciente femenina de 20 años, con antecedentes de tirotoxicosis por Enfermedad de Graves, tratada con metimazol, quien al término del tercer mes de tratamiento presenta un cuadro de fiebre y odinofagia, por el cual debió solicitar atención médica en múltiples ocasiones, diagnosticando finalmente una neutropenia febril secundaria al uso de Metimazol, que mejoró luego de suspensión del antitiroideo apoyada con G-CSF.

DISCUSIÓN:

A pesar de que la agranulocitosis se encuentra dentro de los efectos adversos poco frecuentes de los antitiroideos adquiere importancia al ser uno de los más graves. Su diagnóstico muchas veces no es oportuno y no existe claridad con respecto al manejo, ya que hay pocos estudios respecto al tema.

CONCLUSIÓN:

Con este caso se busca destacar la relevancia de la agranulocitosis como efecto secundario al uso de fármacos antitiroideos, a pesar de su baja prevalencia y la importancia de un diagnóstico oportuno ante la sospecha.

Palabras clave: Agranulocitosis, antitiroideos, metimazol.

Correo: cata.sanzanac@gmail.com - Catalina Sanzana Castro.

¹Interna/o 7mo año Medicina. Universidad Austral de Chile.

²Médico Internista, Servicio Medicina Interna, Hospital Base Valdivia.

REACCIÓN ANAFILÁCTICA A MEDIO DE CONTRASTE YODADO: REPORTE DE CASO.

Autores: Paillán, M.¹, Rivera, C.¹, Lazcano, C.¹, Fuentes, I.¹, Marín, M.².

INTRODUCCIÓN:

La anafilaxia es una reacción alérgica severa, con afectación sistémica, inicio rápido y alta mortalidad, generada por la liberación de mediadores como histamina y leucotrienos. Los medios de contraste yodados (MCI) están asociados a una tasa muy baja de efectos adversos. Las reacciones alérgicas inmediatas inducidas por MCI presentan características clínicas similares a las por hipersensibilidad tipo 1 y pueden manifestarse como urticaria, edema, broncoespasmo o shock.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 59 años, con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC, fibrosis pulmonar, diabetes mellitus y cáncer gástrico en cuidados paliativos. Se realiza tomografía computada con contraste, sin orden médica. Luego de 1 minuto de la administración de MCI endovenoso evoluciona con disnea súbita, rash cutáneo facial, palpitations, cianosis perioral y compromiso de conciencia para luego presentar temblor generalizado y sialorrea, cuadro interpretado como crisis convulsiva. Se maneja con adrenalina, clorfenamina, betametasona, lorazepam y levetiracetam. Se describe saturando 75%, manteniendo posición tónica y mala mecánica ventilatoria por algunos minutos, evolucionando con mejoría posterior, disminuyendo cianosis, recuperando mecánica ventilatoria, pero permaneciendo en sopor.

DISCUSIÓN:

Si bien el contraste endovenoso yodado puede dar una mayor definición a las imágenes mejorando la calidad de la información proporcionada, no se encuentra exenta de riesgos para el paciente. Existen factores de riesgo (FR) que predisponen a tener una reacción adversa, como edad (sobre 60 años), sexo femenino, atopía, enfermedad cardiovascular, deshidratación, enfermedad renal, diabetes mellitus. En este caso, nuestro paciente presenta FR para reacción adversa potencialmente grave, ejemplificando la importancia de tomar medidas preventivas en grupos de riesgo.

CONCLUSIÓN:

La frecuencia de reacciones adversas alérgicas o anafilactoides ha disminuido, sin embargo, es esencial que todo paciente al que se administre MCI tenga consentimiento informado e historia clínica completa, monitorización de signos vitales y alto nivel de sospecha para detección de síntomas que podrían indicar una reacción inmune inducida por MCI.

Palabras clave: adverse effects, contrast media, allergic reaction.

Correo: micalpaillan@gmail.com - Mical Paillán G.

¹Interno Medicina, Universidad San Sebastián Sede de la Patagonia.

²Becada Medicina Interna, Hospital Puerto Montt. (Tutora).

PIODERMA GANGRENOSO ULCERATIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Sebastian Peñaloza Castillo¹, Daniela Garrido Aravena¹, Laiz Torres Quishpe², Paula Rebolledo Melgarejo¹, Gastón Briceño Rivera³.

INTRODUCCIÓN:

El Pioderma gangrenoso es una condición inflamatoria de la piel con múltiples presentaciones, de difícil diagnóstico y baja incidencia. Su diagnóstico es importante para ofrecer estudio dirigido y tratamiento adecuado.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente Masculino de 60 años consulta por pústula en región axilar, que evoluciona a úlcera rápidamente expansiva asociada a dolor, impotencia funcional y fiebre. La exploración física destaca: úlcera en región axilar y pared torácica derecha de 10x20cm, con áreas de necrosis del tejido subcutáneo, bordes irregulares mamelonados y halo eritematoso perilesional. Se hospitaliza y recibe tratamiento antibiótico endovenoso y múltiples aseos quirúrgicos, sin lograr mejoría. Evoluciona con extensión de la lesión y mayor compromiso del estado general. Se realiza biopsia que muestra inflamación neutrofílica y gangrenosa, sin microorganismos. Se diagnóstica Pioderma gangrenoso. Se descartan la presencia de enfermedades asociadas al diagnóstico. Recibe Corticoides en altas dosis logrando rápida remisión de la lesión hasta su curación

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de pioderma gangrenoso se realiza con los criterios diagnósticos DELPHI 2018. Estos criterios incluyen los hallazgos clínicos de lesiones elementales que evolucionan a ulceración, son dolorosas o poseen bordes irregulares. Los criterios anteriores se cumplen en el paciente reportado, sin embargo, el criterio mayor es una biopsia que demuestre inflamación neutrofílica, la cual además permite excluir infección. El criterio de patergia, explica el empeoramiento de la lesión con los aseos quirúrgicos en el paciente. Es importante descartar enfermedades autoinmunes (enfermedad inflamatoria intestinal, Artritis Reumatoide) y neoplasias pues pueden ser una forma de presentación y son en sí mismas un criterio diagnóstico. La excelente respuesta a corticoides es el criterio que sella el diagnóstico.

CONCLUSIÓN:

En lesiones ulcerativas con mala respuesta a tratamiento, se debe sospechar la posibilidad de pioderma gangrenoso. Se sugiere recurrir a los criterios de DELPHI para establecer el diagnóstico.

Palabras claves: Pioderma gangrenoso ulcerativo, criterios diagnósticos, dermatología.

Correspondencia: Dirección: General Carrera 651 depto 406, Temuco, Chile.

Correo: sebastianpenalozacastillo@gmail.com - Sebastián Peñaloza Castillo.

¹Interno/a Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

²Estudiante Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

³Médico Dermatólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

02



TRABAJO DE **INVESTIGACIÓN**

SITUACION EPIDEMIOLOGICA Y SCREENING DE CÁNCER DE COLON EN LA IX REGIÓN ENTRE 2014-2015.

Autores: E. López¹, V. Sepúlveda², C. Cárdenas-Góngora³.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal (CCR) constituye el tercer tumor maligno más frecuente en la población mundial, constituye la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres y la tercera en hombres. En el mundo, la mayoría de los programas de screening de CCR están basados en utilizar test de sangre oculta en deposiciones.

En nuestro país no existe un protocolo nacional de screening por lo que los objetivos del siguiente trabajo son: Realizar una caracterización poblacional de los pacientes diagnosticados con CCR en la novena región, e identificar el porcentaje de los CCR de la región que son diagnosticados mediante un método de screening de cualquier tipo.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo, que permitirá conocer el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con CCR en la Región de La Araucanía y el porcentaje de CCR diagnosticado mediante algún método de screening. Se hizo una sección transversal de todos los pacientes diagnosticados con CCR en la novena región entre los años 2014 y 2015. Durante este periodo de tiempo, se presentaron 254 nuevos casos.

RESULTADOS:

La edad promedio de los pacientes fue 63,5 años (30-89), el 68% de los pacientes era de sexo masculino, la localización más frecuente fue colon izquierdo 41,6%, 41% recto y 17,4% colon derecho. El 100% de los pacientes presentaba síntomas al momento del diagnóstico, el tiempo promedio de síntomas fue de 6,5 meses. El 16,6% de los pacientes tuvo una cirugía de urgencia por obstrucción o perforación intestinal. 48,5% de los pacientes tenía metástasis al diagnóstico. En el 0% de los pacientes se realizó algún tipo de screening.

CONCLUSIONES:

En nuestra serie, la mayoría de los pacientes era de sexo masculino y adulto mayor. La localización más frecuente fue colon izquierdo. La totalidad de los pacientes estaba sintomático al momento del diagnóstico.

Palabras clave: Neoplasia colorrectal, cribado, epidemiología.

Correo: e.lopez03@ufromail.cl - Edinson Lopez Bravo.

¹Interno Medicina Universidad de La Frontera.

²Alumna Medicina Universidad de La Frontera.

³Becada Medicina Interna Universidad de La Frontera.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DEFUNCIONES SECUNDARIAS A OSTEOSARCOMA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2016.

Autores: J. Jara¹, C. Olave¹, J. Pavez¹, C. Diez², M. Rain³.

INTRODUCCIÓN:

El osteosarcoma es el tumor óseo primario maligno más frecuente, representando el 0,3% del total de cánceres en la población general. Posee una presentación bimodal, con su máxima expresión en edad pediátrica y adultos mayores de 60 años. Presenta una sobrevida a los 5 años del 80%.

OBJETIVO:

Realizar una actualización epidemiológica de defunciones secundarias a osteosarcoma en Chile entre los años 2000-2016.

Estudio ecológico. Los datos fueron obtenidos desde anuarios estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile según el código CIE-10 C-40/C41. Se evaluó el total de muertes en Chile 2000-2016 según género, edad, región y año, con posterior análisis en Microsoft Excel®. Debido al carácter público de la fuente de información, no requirió aprobación por el comité ético científico.

RESULTADOS:

Se informaron 2122 muertes entre el 2000 al 2016, con un promedio de 125 ± 15 muertos/año, siendo 55,23% hombres (n: 1172). La mayor mortalidad se registró el 2016 (n: 157) con una tasa de mortalidad de 8,72 por millón de habitantes (pmh) y la menor el 2001 (n: 103) con una tasa de 6,61 pmh. El grupo más prevalente fue los mayores de 80 años (16,64%). La región más afectada fue la región Metropolitana (37,51%).

CONCLUSIÓN:

Se observó una tendencia al alza en las tasas de mortalidad con el transcurso de los años, a pesar de la vigencia de la guía AUGÉ desde el 2013. El grupo masculino presentó tasas mayores comparado con las mujeres, tal como se evidencia en la literatura. La mayor concentración de muertos se encontró en pacientes mayores de 80 años, coincidente con la presencia de factores de riesgos propios de la edad y de la enfermedad. El osteosarcoma es una patología letal sin un adecuado tratamiento, por lo que es necesario una vigilancia epidemiológica en el grupo de alto riesgo.

Palabras clave: Cáncer óseo, epidemiología, mortalidad, osteosarcoma.

Correspondencia: Aragon # 085, Departamento 1401 Temuco.

Correo: javierjaracanvas@gmail.com

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

²Interno Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco

³Kinesiólogo, Departamento de Investigación Aplicada, Mutual de Seguridad, Santiago.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DEFUNCIONES SECUNDARIAS A CÁNCER TESTICULAR EN CHILE ENTRE EL 2000 AL 2016.

Autores: J. Pavez¹, J. Jara¹, C. Olave¹, C. Diez², M. Rain³.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer testicular representa el 2% de las neoplasias del sexo masculino, siendo el séptimo en frecuencia, y afectando principalmente a hombres jóvenes (25-45 años). La mortalidad mundial ha disminuido constituyéndose como la última causa de muerte por cáncer

OBJETIVO:

Realizar una actualización epidemiológica de defunciones secundarias a tumor testicular en Chile entre los años 2000-2016.

METODOLOGÍA:

Estudio poblacional, observacional. Los datos fueron obtenidos desde anuarios estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile según el código CIE-10 C62. Se evaluó el total de muertes en Chile 2000-2016 según género, edad, región y año, con posterior análisis en Microsoft Excel®. Debido al carácter público de la fuente de información, no requirió aprobación por el comité ético científico.

RESULTADOS:

Se informaron 1691 muertes por cáncer testicular, con un promedio de 100 ± 11 muertos/año. La mayor mortalidad se registró el 2009 (n: 121) con una tasa de mortalidad de 1.44 por millón de hombres (pmh) y la menor el 2006 (n: 81) con una tasa de 0.99 pmh. El grupo etario más prevalente fue entre 25 a 39 años (33.3%). La región más afectada fue la región Metropolitana (37,96%).

DISCUSIÓN:

La mayor concentración de fallecidos se ha mantenido en el grupo de 25 a 34 años invariablemente. Se observó una tendencia a la disminución en las tasas de mortalidad en el periodo 2000-2016, posiblemente tras incluir la patología a las prestaciones AUGE en 2004, dejando de manifiesto que los protocolos instaurados, con el respectivo diagnóstico precoz y las mejoras en el acceso a tratamiento incrementan las posibilidades de supervivencia y cura en aquellos que han desarrollado el cáncer.

CONCLUSIÓN:

El cáncer testicular es una patología con buena respuesta a tratamiento. Es necesaria la educación en signos de alarma a los grupos de mayor riesgo para aumentar la posibilidad de manejo precoz.

Palabras clave: Cáncer testicular, epidemiología, mortalidad.

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

²Interno Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.

³Kinesiólogo, Departamento de Investigación Aplicada, Mutual de Seguridad, Santiago.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DEFUNCIONES SECUNDARIAS A CÁNCER DE TIROIDES EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2016.

Autores: C. Olave¹, J. Pavez¹, J. Jara¹, C. Diez², M. Rain³.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de tiroides (CT) es la neoplasia maligna más frecuente del sistema endocrinológico, con mayor prevalencia en mujeres. Posee subtipos histológicos donde el carcinoma papilar corresponde al 85%, y posee mejor pronóstico, mientras que el carcinoma anaplásico (1%) tiene una alta letalidad. Según GLOBOCAN, Chile se encuentra entre los 10 países con mayor tasa de mortalidad en latinoamérica.

OBJETIVO:

Realizar una actualización epidemiológica de defunciones secundarias a Tumor Maligno de Glándula Tiroides en Chile entre los años 2000-2016.

METODOLOGÍA:

Estudio ecológico. Los datos fueron obtenidos desde anuarios estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile según CIE-10 C73.X. Se evaluó el total de muertes en Chile 2000-2016 según género, edad, región y año, con posterior análisis en Microsoft Excel®. Debido al carácter público de la fuente de información, no requirió aprobación por el comité ético científico.

RESULTADOS:

Se informaron 1767 fallecidos entre 2000-2016 (0,11 % del total de defunciones), con un promedio de $103,9 \pm 19$ muertos/año, siendo 69,7% mujeres (n: 1231). La mayor mortalidad se registró el 2016 (n: 137) con una tasa de mortalidad de 0,8/100.000 habitantes y la menor el 2004 (n: 80) con una tasa de 0,49/100.000 habitantes. El grupo etario más prevalente fue los mayores de 80 años (28,8%). La región más afectada fue la región Metropolitana (35,5%).

CONCLUSIÓN:

Se detectó un aumento en cantidad de fallecimientos por CT en la última década, con un 40% más de muertes desde 2006 lo que, junto con la mayor tasa de mortalidad en mujeres, se correlaciona con la literatura vigente. El CT diferenciado y medular fueron incluidos a las prestaciones AUGE en 2019, a partir de esto y con el acceso al tratamiento será necesario comparar las tasas de mortalidad de los próximos años con las obtenidas, para ver si aumenta la sobrevivencia de los pacientes con CT.

Palabras clave: Cáncer de Tiroides, Epidemiología, Mortalidad.

Correspondencia: Aragon # 085, Departamento 1401 Temuco.

Correo: javierjaracanvas@gmail.com

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

²Interno Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.

³Kinesiólogo, Departamento de Investigación Aplicada, Mutual de Seguridad, Santiago.

INCIDENCIA Y CAUSA DE PARTO PRETÉRMINO. EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES.

Autores: S. Alvarez¹, N. Alvarado¹, L. Vásquez², R. Serra³.

INTRODUCCIÓN:

Se define como parto pretérmino aquel que se produce entre las 22 y las 36+6 semanas después de la fecha de la última menstruación o establecida por ecografía del primer trimestre. Se clasifica operacionalmente en tres grupos según su causa: 1) Iatrogénicos o por indicación médica. 2) Espontáneos y 3) Roturas prematuras de membranas, se estima que cada grupo representa un tercio dentro de las causas de parto pretérmino. La incidencia en nuestro país es alrededor del 7% entre los nacidos vivos. Se define como prematuros tardíos a los nacidos entre las semanas 34+0 y 36+6 los que alcanzan el 71-79% del total de prematuros.

OBJETIVO:

Analizar la incidencia y las causas de partos pretérmino en el Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro.

METODOLOGÍA:

estudio descriptivo retrospectivo de nacidos vivos pretérmino entre enero de 2017 y diciembre de 2019 por medio de revisión de fichas clínica en el servicio de obstetricia y ginecología. Se realizó análisis estadístico mediante tablas de frecuencia.

RESULTADOS:

En el período estudiado se identificaron 2927 partos, de los cuales el 8,54% (n = 250) fue de prétermo, con una tasa de parto pretérmino tardío de un 70.8% (177 casos). El 43.6% fue por causa idiopática, un 17.6% por rotura prematura de membranas y 38,8% por indicación médica. Dentro del grupo de indicaciones médicas un 34% corresponde a preeclampsia.

CONCLUSIÓN:

Nuestro hospital presenta una mayor incidencia de parto pretérmino en comparación a nivel nacional, a su vez con una mayor prevalencia de causa idiopática, según las guías clínicas internacionales, por lo que es necesario detectar precozmente a las mujeres con alto riesgo de parto prematuro, desarrollando estrategias eficaces para prevenir su incidencia y a su vez disminuir el impacto sobre la morbi-mortalidad asociada al parto prematuro.

Palabras claves: Prematuro, morbilidad, cuidados prenatal.

Correo: soalvare@umag.cl

¹Interna Medicina 7° año. Universidad de Magallanes.

²Estudiante Medicina 5° año. Universidad de Magallanes

³Ginecólogo-Obstetra. Servicio de Ginecología, Hospital Clínico de Magallanes.

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICO DE NÓDULOS TIROIDEOS.

Autores: P. Velásquez¹, M.Allende¹, R.Vera¹, A.Godoy¹, B.Godoy¹.

INTRODUCCIÓN:

El nódulo tiroideo es altamente prevalente. La importancia de su estudio radica en excluir el cáncer tiroideo, descrito en el 5-10%. Actualmente se utiliza la clasificación TIRADS (Thyroid Imaging Reporting And Data System) de estratificación de riesgo para definir manejo.

OBJETIVO:

Evaluar la validez como predictor de malignidad de la escala TIRADS en tiroidectomías realizadas en el Hospital Hernán Henríquez Aravena.

METODOLOGÍA:

Análisis de la validez diagnóstica de la clasificación TIRADS por medio de un estudio transversal a partir de una base de datos de 218 pacientes, sometidos a tiroidectomía total entre enero-2017 y diciembre-2018. Se incluyeron aquellos pacientes con estudio ecográfico con clasificación TIRADS e informe histopatológico de la pieza quirúrgica. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica y/o ficha clínica. Se utilizó como punto de corte TIRADS +/- 4, y como gold standard la histopatología. Los datos fueron analizados con un intervalo de confianza de 95% por medio del software EPIDAT.

RESULTADOS:

Se incluyeron 195 pacientes. El 75,8% tenía una clasificación TIRADS 4. Respecto al porcentaje de malignidad para TIRADS 1, 2 y 3 fue de 17.39% y para TIRADS 4 y 5 fue de 62,4%. La sensibilidad fue 96,4% (IC: 92,4 - 100%), especificidad 22.6% (IC: 13-32%), VPP 62,2% (IC:54-69%), VPN 82,6 (IC: 64-100%).

DISCUSIÓN:

El estudio original de TIRADS propone una sensibilidad de 99.6% y especificidad de 74.3%. Nuestro estudio presentó una sensibilidad similar, sin embargo una especificidad menor, esto podría deberse al criterio de inclusión quirúrgica de los pacientes con TIRADS < 4, la diferencia temporal entre la ecografía y la cirugía; y que es un examen operador dependiente. Dada las limitaciones de nuestro estudio se requieren evaluar estos aspectos.

CONCLUSIÓN:

La clasificación TIRADS predice el riesgo de malignidad satisfactoriamente en la muestra analizada.

Palabras clave: Nódulo tiroideo, tiroidectomía, neoplasias de la tiroides.

Correo: ignaciaallende@gmail.com - María Ignacia Allende Echanez.

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

MORTALIDAD POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ AÑO 2017: ¿EFECTO FIN DE SEMANA?

Autores: C. Fuentes¹, C. Aravena¹, D. Garrido¹, L. Bustamante².

INTRODUCCIÓN:

Hemorragia digestiva alta (HDA) es motivo de consulta frecuente en salas de urgencias hospitalarias, representando una emergencia vital que requiere endoscopia digestiva alta (EDA) precoz. Hallazgos recientes sugieren que el tiempo de espera de EDA se prolonga en pacientes ingresados el fin de semana. En Chile no existen estudios sobre este tema.

OBJETIVO:

Establecer mortalidad según tiempo de espera para estudio endoscópico de pacientes admitidos durante días de semana versus fin de semana a través del Servicio de Urgencia Adulto del Hospital Hernán Henríquez con diagnóstico HDA.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo transversal con datos individuales. Incluyó 66 pacientes que ingresaron con diagnóstico HDA durante 2017. Se compararon características demográficas y la mortalidad entre pacientes ingresados durante fines de semana y entre semana mediante la prueba de Chi-cuadrado o prueba T student o análisis de varianza según cada caso. Los valores de p inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos. Análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa STATAR.

RESULTADOS:

El 83% de pacientes ingresaron durante la semana. Mortalidad global 20,6%. Mortalidad bruta fin de semana 27,3% frente a 19,6% durante semana ($p=0,685$). Mediana de tiempo desde ingreso hasta EDA fue 29,52 horas, durante semana fue 28,56 horas y fin de semana 50,9 ($p=0.00495$).

CONCLUSIONES:

No hubo un efecto de fin de semana en la mortalidad de los pacientes ingresados por HDA. Sin embargo, tiempo hasta realización EDA es mayor en admisiones de fin de semana con un valor estadísticamente significativo.

Palabras clave: Hemorragia digestiva, endoscopia, mortalidad.

Correspondencia: Júpiter N°2279, Temuco.

Correo: constanza.aravenad@gmail.com

¹Interno de Medicina, Universidad de La Frontera.

²Médico Internista. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

CONDICIONES DE SALUD DE BAILARINES DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA DURANTE EL AÑO 2019.

Autores: J. Fuentes¹, S. Karmash², J. Sanhueza².

INTRODUCCIÓN:

La danza es una disciplina artística que como actividad física demanda un estado de salud compatible. Existe poca o nula evidencia de esta situación en bailarines Chilenos.

OBJETIVO:

Describir la condición de salud de bailarines de la región de La Araucanía.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo que evaluó a 43 bailarines de compañías de danza de la región de la Araucanía. Mediante una encuesta de auto-reporte se indagó sobre desempeño artístico y hábitos de salud. Además, se determinó la composición corporal mediante técnica de bioimpedanciometría.

RESULTADOS:

El promedio de edad fue de 24,86 años ($\pm 5,41$), el 79,1% (n=34) son mujeres y 20,9% (n=9) son hombres. 90,7% consume alcohol y 25,6% fuma cigarrillos, con un promedio de una vez por semana y uno por día, respectivamente. Lesiones musculares han sido las más frecuentes con un 60,5% (n=26). El promedio de índice de masa corporal (IMC) para hombres 26,37 Kg/m² y mujeres 22,44 Kg/m² con un ángulo de fase (AF) de 4,71° y 5,67°, respectivamente. El porcentaje de masa magra (MM) y grasa (MG) fue de 77,15% y 22,90% en hombres y 69,76% y 29,10% en mujeres, respectivamente.

DISCUSIÓN:

La proporción de hombres y mujeres en danza es muy desigual, situación evidente en este estudio. En comparación con otros estudios existe un alto consumo de cigarrillo y alcohol, pese a que dificultan esta disciplina. El IMC para hombres es elevado. El AF se encuentra disminuido. Tanto la MM y MG influyen en la ejecución de la danza, encontrándose ambas elevadas en hombres.

CONCLUSIÓN:

Las condiciones de salud de los bailarines de la Región de la Araucanía indican que si bien ellos adhieren comprometidamente a la práctica de esta actividad, sus hábitos de salud y su composición física no son favorables y podrían afectar su rendimiento.

Palabras claves: Salud, Recreación, arte.

Correo: jose.fuentesg@mayor.cl

¹Estudiante de Medicina Universidad Mayor de Temuco.

²Académico Universidad Mayor de Temuco. Escuela de Medicina.

CONSULTAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS DE TEMUCO DURANTE TIEMPOS DE COVID.

Autores: MI. Oñate Dal Santo¹, KL. Gübelin¹, VP. Navarrete González¹, V. González Ponce², JI. Aguilera Zapata², C. Gübelin³.

INTRODUCCIÓN:

La pandemia de COVID-19 (PC19) que afecta al mundo en la actualidad no ha dejado a la Araucanía de lado. Una de las realidades más temidas es la disminución en el número de consultas de otras patologías diferentes al COVID-19, pudiendo generar un aumento en la morbimortalidad de estas patologías.

OBJETIVO:

Determinar la variación del número de consultas en los servicios de urgencias (SU) en la comunas de Temuco durante la PC19 en 5 años consecutivos desde el 2016 hasta 2020, entre los meses de enero-mayo.

METODOLOGÍA:

Es un estudio de diseño analítico, observacional y retrospectivo. Se estudió el número de consultas en 3 servicios de urgencia de la comuna de Temuco. Se obtuvo la información del Anuario de Demografía y Estadísticas vitales del Departamento de estadística e información de salud, analizando las primeras 14 semanas estadísticas durante los últimos 5 años.

RESULTADO:

Se ha presentado una disminución significativa en el número de consultas en los SU, siendo el lugar más afectado en SAR Miraflores. Las patologías que han presentado mayor disminución han sido las crisis hipertensivas y enfermedades respiratorias, principalmente neumonía e influenza. Las enfermedades circulatorias graves (IAM y ACV) si bien han presentado disminución, esta ha sido menos significativa.

DISCUSIÓN:

La disminución de consultas en los SU es un hecho esperable durante la PC19, siendo la explicación probable el miedo al contagio del virus. Se ven diferencias entre las distintas patologías, debidas principalmente a la gravedad de la enfermedad y a la educación que ha dado el sistema de salud a la población.

CONCLUSIÓN:

La disminución en el número de consultas es un hecho. La PC19 afecta a las distintas patologías de forma distinta. Es menester diseñar políticas públicas destinadas a afrontar las consecuencias que se avecinan.

¹Estudiante de Medicina de la Universidad de La Frontera.

²Interno de Medicina de la Universidad de La Frontera.

³Médico Cirujano CESFAM de Cajón.

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE ESÓFAGO EN CHILE.

Autores: JI. Aguilera Zapata¹, KL. Gübelin², VP. Navarrete González², MI. Oñate Dal Santo², V González Ponce¹, CE Gübelin Saravia³.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de esófago (CE) corresponde a uno de los tumores más agresivos, debido principalmente a su diagnóstico tardío. En Chile es infrecuente, correspondiendo al octavo tumor más frecuente en hombres y al noveno en mujeres.

OBJETIVO:

Determinar cómo ha evolucionado la tasa mortalidad (TM) por CE en Chile entre los años 2000 al 2016, analizando la edad y región de procedencia como variables. Se evaluará de igual manera la progresión estimada en su proyección a 5 años

METODOLOGÍA:

Estudio ecológico. Se estudió la mortalidad general, rango etario y región, utilizando el Anuario de Demografía y Estadísticas vitales del Departamento de estadística e información de salud. Los datos de la población general fueron obtenidos del censo 2017.

RESULTADO:

Se ha visto que la TM por CE ha presentado un leve aumento porcentual (12,27%) desde el año 2013. La tasa de mortalidad aumenta proporcionalmente con la edad, disparándose sobre los 60 años, alcanzando su peak sobre los 80 años. Las regiones del Bío Bío, Maule y Los Lagos son las que presentan mayor TM en el país. La TM proyectada a 5 años mostraría una estabilización de la mortalidad.

DISCUSIÓN:

Hasta el año 2013, la TM por CE venía en disminución, debido posiblemente a la pesquisa precoz. La mortalidad ha presentado un leve aumento, sin alcanzar los valores del año 2000. La falta de estudios epidemiológicos puede deberse a la baja frecuencia.

CONCLUSIÓN:

En Chile la tasa de mortalidad por CE ha presentado un leve aumento porcentual (12,27%). Se trata claramente de una enfermedad de los últimos decenios de la vida, viéndose más afectadas las regiones ubicadas en el centro sur y sur de nuestro país.

Palabras clave: Neoplasias esofágicas, epidemiología, mortalidad, Chile.

Correo: j.aguilera05@ufromail.cl.

¹Interno de Medicina de la Universidad de La Frontera.

²Estudiante de Medicina de la Universidad de La Frontera.

³Médico Cirujano del CESFAM Cajón.

MORTALIDAD POR SEXO DE CÁNCER COLORRECTAL EN CHILE ENTRE 2010 Y 2017.

Autores: R. Hernández¹, M. Flores¹.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal (CCR) es una enfermedad común y letal. La tasa de mortalidad a nivel mundial ha ido disminuyendo progresivamente desde 1990 y la incidencia ha aumentado. En Chile existe un aumento de incidencia y un aumento de mortalidad.

METODOLOGÍA:

Se trabajó con el Anuario de Demografía y Estadísticas vitales del Departamento de Estadística e Información de Salud, variables definidas por sexo, y los datos de la población de los censos y población total estimada al 30 de junio de cada año, entre los años 2010 y 2017. No se requirió autorización de Comité Ético Científico por ser datos de dominio público.

RESULTADOS:

Los pacientes en los cuales se atribuye el CCR como causa de muerte, ya sea especificando o no el sitio del tumor, entre el año 2010 y 2017, suman un total de 18095 casos, 51.52% (n=9323) eran mujeres. Considerando la porción entre el colon ascendente hasta la unión rectosigmoidea (n=14243), hubo un leve predominio de sexo femenino con 53.45% (n=7613), en la porción del recto (n=3852) existe predominio en hombres con 55,61% (n=2142), de los casos de muerte. La tasa bruta de mortalidad (TBM) general por 100000 habitantes el año 2010 fue de 10.78, el año 2017 fue de 14.15. La TBM específica por sexo fue en promedio, 12.93 por 100000 mujeres y 12.54 por 100000 hombres.

CONCLUSIÓN:

La TBM, en 2018, para CCR fue 8.9 por 100000 habitantes mundialmente, según la International Agency for Research on Cancer, Chile se encuentra sobre estos valores, sin diferencia entre sexos. La tasa de mortalidad desde el 2010 a 2017 ha ido en aumento, esto coincide con la literatura consultada. Se debe tener un alto índice de sospecha para esta enfermedad, considerando que su mortalidad aumenta significativamente en nuestro país.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, sexo, mortalidad.

Correo: rhernandez@medicina.ucsc.cl

¹Interna de Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción.

03



REVISIÓN, **BIBLIOGRÁFICA**

EFFECTOS DEL OZONO EN LA REGENERACIÓN NERVIOSA EN RATAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autores: A. Cofré¹, G. Cofré².

ANTECEDENTES:

Evaluar los efectos de la ozonoterapia (TO) sobre lesiones nerviosas en ratas.

MÉTODO:

Se consideraron estudios en inglés publicados entre los años 2015 y el 15 de mayo del 2020 con las palabras clave Ozone AND "nerve regeneration", obtenidos de bases de datos como: Medline (Pubmed), SCOPUS, Web of Science, EMBASE, Clinical Key y Journal of Neurosurgery. La calidad metodológica se evaluó mediante la pauta ARRIVE para minimizar riesgo de sesgos.

RESULTADOS:

De un total de 38 resultados, se incluyeron 7 artículos de acuerdo con los criterios de inclusión. Estos comprenden una cantidad de sujetos de prueba entre 14 y 100 ratas (6 de los 7 estudios se realizaron en ratas albinas Wistar), en donde evaluaron los efectos del ozono en la regeneración nerviosa dentro de un periodo de 7 y 90 días. Los siete estudios arrojaron resultados positivos sobre el tratamiento de lesiones nerviosas con ozono, dos estudios indicaron resultados superiores al utilizar ozono y metilprednisolona combinados.

DISCUSIÓN:

La evidencia recabada en este estudio fue limitada, debido a la cantidad reducida de estudios actualizados atinentes a este tema. Un estudio potencialmente elegible fue descartado en base a la pauta ARRIVE. La TO demostró capacidades neuroprotectoras y promotoras del proceso de regeneración nerviosa, estimulando la proliferación de células de Schwann, axones y ramificaciones axonales post-lesión, reduciendo el efecto del estrés oxidativo mediante el aumento en la liberación de factores antioxidantes plasmáticos. La TO complementada con metilprednisolona fue superior a la TO por sí sola, observándose una mayor respuesta antiinflamatoria y antioxidante, con menor índice de degeneración neuronal y apoptosis luego de la lesión. Esto sugiere un posible potenciamiento de las cualidades neuroprotectoras de ambos tratamientos, lo que podría traducirse en mejores resultados. Estos hallazgos indican la posibilidad de desarrollar terapias de regeneración nerviosa basadas en ozono en el futuro.

Palabras clave: ozono; metilprednisolona; regeneración nerviosa; agentes neuroprotectores.

Correo: a.cofre04@ufromail.cl

¹Estudiante de pregrado de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

²Estudiante de pregrado de Odontología. Instituto de Odontoestomatología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

PLASMA CONVALECIENTE EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON COVID-19.

Autores: N. Alvarado¹, S. Álvarez¹, L. Vásquez², R. Serra³.

RESUMEN:

COVID-19 es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa, provocada por el virus SARS-CoV-2, declarada pandemia en marzo de 2020. El espectro de manifestaciones clínicas incluye infecciones asintomáticas, fiebre, tos, disnea, entre otros, teniendo como principal complicación el síndrome de dificultad respiratoria aguda, y provocando la muerte en muchos casos. Actualmente, no existe un tratamiento específico, limitando el manejo a cuidados de soporte general, lo que sumado a la alta mortalidad mundial, genera urgencia en la búsqueda de nuevos tratamientos. Así han resurgido intervenciones clásicas como el uso de plasma convaleciente, obtenido de pacientes recuperados de una infección en quienes hubo desarrollo de anticuerpos. La transfusión de este a personas infectadas, permite neutralizar el patógeno, otorgando tiempo para la generación de una respuesta inmune activa por el organismo del paciente. Esta terapia fue utilizada en epidemias anteriores como SARS-CoV e influenza AH1N1, mostrando disminución de mortalidad en comparación a otras intervenciones. Además de anticuerpos neutralizantes, mediante la aféresis se pueden obtener proteínas como citocinas antiinflamatorias, las cuales en casos de COVID-19 pueden beneficiar la modulación de la respuesta inflamatoria propia de la infección. Estudios han demostrado resultados positivos en grupos pequeños de pacientes con COVID-19 tratados con transfusión de plasma convaleciente, con mejoría de síntomas y afectación pulmonar, aumento de títulos de anticuerpos neutralizantes, disminución de carga viral y reducción de mortalidad. Sin embargo, el bajo número de pacientes incluidos, la falta de estandarización en criterios de selección de pacientes y lineamientos del tratamiento, impiden obtener una conclusión confiable de la eficacia de la terapia.

CONCLUSIÓN:

A pesar de los resultados positivos de estudios realizados hasta la fecha, no se puede plantear una conclusión definitiva y recomendación de uso de la transfusión de plasma convaleciente, requiriendo la realización de grandes ensayos clínicos multicéntricos para poder determinar la eficacia de uso esta terapia.

Palabras claves: COVID-19, SARS-CoV-2, anticuerpos.

Correo: nicolejab7@gmail.com - Nicole Alvarado Baeza.

¹Interna 7mo año, Escuela de Medicina Universidad de Magallanes.

²Alumno 5to año, Escuela de Medicina Universidad de Magallanes.

³Tutor. Ginecólogo-Obstetra, Hospital Clínico de Magallanes.

COVID-19, SALUD MENTAL Y ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS. REVISIÓN DE LA LITERATURA PUBLICADA EN PUBMED.

Autores: E.Alvarado¹, B.Obreque¹, C. Cumicheo¹, M. Sandoval¹, V. Carrasco¹. **Tutora:** Dra. Alba Zambrano².

INTRODUCCIÓN:

La literatura ha estudiado los efectos de anteriores epidemias en la salud mental de la población. En el contexto de la actual pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), resulta de interés estudiar lo publicado referente a esta temática, considerando que a diferencia de epidemias recientes, la actual se presenta a nivel mundial, con mayores cifras de contagio y mortalidad, con períodos de cuarentena y restricciones sociales más prolongados, alterando diversas dimensiones en la vida de la población (con particular afectación de la salud mental).

OBJETIVO:

Analizar de forma general, las distintas implicaciones de la pandemia COVID-19 con la salud mental, las enfermedades psiquiátricas y la Psiquiatría, mediante la literatura publicada durante los primeros meses de pandemia.

MÉTODO:

El 01 de junio del 2020, se realizó la búsqueda ""COVID-19" [Supplementary Concept] AND ("Mental Health"[Mesh Major Topic] OR "Mental Disorders"[Mesh Major Topic])" en PubMed, arrojando un total de 96 resultados, revisándose el contenido de 95.

RESULTADOS:

Estudios realizados principalmente en China durante los primeros meses de pandemia, evidencian los efectos en la salud mental, principalmente de la población general (depresión:20-45%, ansiedad:20-35%, mala calidad del sueño:20%) y del personal de salud (depresión:15-50%, ansiedad:20-45%, estrés:20%-30%; además de altas cifras de insomnio, angustia, miedo y trastorno por estrés postraumático (TEPT); y con mayor afectación psicológica de los trabajadores en la primera línea). Sobre esta temática, otras implicaciones revisadas son: alcohol y drogas, duelo, pacientes con trastornos mentales previos, redes sociales, servicios de salud mental, telepsiquiatría, trastornos de la conducta alimentaria, TEPT, entre otros.

CONCLUSIÓN:

La literatura evidencia que la actual pandemia durante sus primeros meses, puede influir negativamente en diversas dimensiones de la salud mental de la población general y de poblaciones específicas (por ejemplo, personal de salud). Sus impactos pueden también impactar en el agravamiento o surgimiento de ciertos trastornos psiquiátricos; además de otras temáticas revisadas.

Palabras claves: COVID-19, Salud Mental, Trastornos Mentales, Literatura de Revisión como Asunto.

Correo: e.alvarado02@ufromail.cl - Edgardo Alvarado Carrasco.

¹Interna/o de Medicina, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

²Académica Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN ADULTOS CON MIGRAÑA: REVISIÓN DE LA LITERATURA PUBLICADA EN PUBMED.

Autores: M.Araneda¹, B.Obreque¹, R. Venturelli¹, S. López¹, P. Blaschke¹. **Tutor:** Dr. Nelson Araneda Garcés².

INTRODUCCIÓN:

La migraña es una cefalea pulsátil y unilateral, acompañada o no de aura y de diagnóstico clínico. Es una de las condiciones más discapacitantes entre los adultos, siendo el primer motivo de consulta en atención neurológica en muchos países. La literatura ha demostrado que no existe completa adherencia a tratamientos farmacológicos, por lo que se han realizado múltiples estudios sobre terapias no farmacológicas.

OBJETIVO:

Revisión de la literatura en Pubmed sobre las diferentes terapias no farmacológicas para el control de la migraña en adultos desde el 2015 al 2020.

MÉTODO:

Esta revisión bibliográfica fue realizada a través de una búsqueda en PubMed, relacionando los términos migraña y tratamientos no farmacológicos, que comprendieran el periodo entre 2015 y 2020, encontrándose un total de 69, excluyendo a la población pediátrica y embarazadas se optó considerar para este trabajo 38 artículos de mayor pertinencia para el estudio.

RESULTADOS:

Dentro de las alternativas no farmacológicas con mayor evidencia se encuentra el ejercicio físico de tipo aeróbico que reduce la duración de los ataques entre un 20-27% y la intensidad del dolor entre un 20-54%; la toxina botulínica disminuye los niveles de dolor hasta un 62%; la neuromodulación eléctrica remota presenta alivio del dolor 66.7% versus 52.5% con tratamiento farmacológico; la acupuntura ha demostrado mayor efectividad y menores efectos adversos. Con menor evidencia actual se encuentra: cambios en el estilo de vida, nutracéuticos, onabotulinumtoxinA, neuromoduladores, mindfulness, terapia quiropráctica y terapia conductivo conductual.

CONCLUSIÓN:

Para un adecuado manejo de los pacientes con migraña debe existir un enfoque multimodal, incluyendo el uso apropiado de medicamentos y medidas no farmacológicas con mayor evidencia como el ejercicio físico, acupuntura, toxina botulínica y neuromodulación eléctrica remota; siempre teniendo en consideración el contexto individual del paciente para una óptima adherencia.

Palabras clave: Trastornos de migraña, migraña, no farmacológico, tratamiento, terapia, terapéutica.

Correo: Marcela Araneda Peña m.araneda06@ufromail.cl

¹Interna/o de Medicina, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

²Académico Departamento de Educación, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO: COMA MIXEDEMATOSO COMO DEBUT DE HIPOTIROIDISMO, REPORTE DE UN CASO.

Autores: P. Rebolledo¹, P. Monsalve¹, N. Vergara¹, D. Garrido¹, J. Yáñez².

INTRODUCCIÓN:

El coma mixedematoso (MC) es una condición mortal rara como resultado de hipotiroidismo de larga data y pérdida de homeostasis, con tasa de mortalidad aproximada 40 %, por cuanto el reconocimiento y terapia tempranos con esenciales.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente sexo masculino 38 años, obeso, síntomas dos meses de compromiso general, insomnio, disnea y tos seca. Ingresado con sospecha de complicación tardía de trauma encefalocraneano antiguo. Evoluciona comprometido de conciencia, Glasgow 13, pupilas mióticas arreflecticas, disartria, hipotensión, hipotermia, bradicardia y apneas, desaturando hasta 55% FiO2 ambiental.

Tomografía computada cerebral: Lesiones secuelares. Examen neurológico, angiografía de tórax y bioquímico normal. Destaca macroglosia y marcado edema difuso sin fóvea en cara, cuello y extremidades. Requirió ventilación mecánica invasiva. Perfil tiroideo TSH 250 mUI/L, T4L 0,07 ng/dL y T3 0,25 ng/dL. Se iniciaron corticoides y 75 mcg/día de Levotiroxina durante 2 días. Persiste sintomático, se carga con 1.000 mcg de Levotiroxina por sonda nasogástrica con dosis de mantención de 150 mcg/día. Evoluciona favorablemente, se extuba y mantiene controles tiroideos periódicos.

DISCUSIÓN:

Característico del MC son compromiso de conciencia e hipotermia, también se presentan hipotensión, bradicardia e hipoventilación. Mayormente en mujeres y población >60 años, de ahí la singularidad de este caso. Es una emergencia endocrina que debe manejarse agresivamente; la terapia óptima con hormona tiroidea es controvertida; por baja incidencia no hay ensayos clínicos que comparen la eficacia de diferentes regímenes de tratamiento. La administración ideal es endovenosa con dosis de carga y mantención, no disponible en varios centros nacionales, por lo que se utiliza vía enteral con absorción errática.

CONCLUSIÓN:

El MC es un desafío diagnóstico debido a múltiples diagnósticos diferenciales, más en paciente masculino joven sin antecedente de hipotiroidismo. A pesar de ser poco común, debe sospecharse con clínica compatible y tener conocimiento de opciones terapéuticas, además de buscarse factor desencadenante para su resolución y seguimiento.

Correspondencia: General Carrera #350, depto #1103, Temuco.

Correo: paula.rebolledo.m@gmail.com - Paula Elizabeth de María Rebolledo Melgarejo.

¹Interno 7° año Medicina Universidad de la Frontera.

²Médico Cirujano, Becado 2° año de la unidad de Medicina Interna de la Universidad de la Frontera.

ROL DEL ULTRASONIDO EN LA DETECCIÓN DEL ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL EN ADULTOS EN LA ATENCION DE URGENCIA. REVISION BIBLIOGRAFICA.

Autores: P. Tamayo¹, M. Cartagena¹, M. Colville¹.

INTRODUCCIÓN:

Aneurisma Aórtico Abdominal (AAA) es la dilatación del diámetro aórtico sobre 3 cm. En Chile la prevalencia de AAA es 5,9%, con diámetro promedio 4,1 cm. El 50% de los pacientes con AAA no presentan la clínica clásica, por lo que el 30-60% no son diagnosticados clínicamente. Esto hace a la imagenología clave ante la sospecha, siendo el TAC de abdomen el Gold Estándar en el diagnóstico. Existen múltiples trabajos que describen a la ultrasonografía como una opción útil en atención de urgencia para pesquisar esta patología.

OBJETIVO:

Evaluar la utilidad diagnóstica del Ultrasonido como alternativa al TAC en pacientes con sospecha de AAA.

MÉTODO:

Estudio tipo revisión bibliografía. Búsqueda en base de datos PubMed, utilizando la formulación PICO, Paciente-Pacientes con sospecha de AAA, Intervención-Ultrasonografía para detectar AAA, Comparador-Gold Estándar para detectar AAA, Outcome-Capacidad de detección de AAA. Se usaron los términos MESH: "Ultrasonografía", "Aneurisma Aórtico Abdominal/Imagen diagnóstica", "Sensibilidad/Especificidad". Aplicación de filtros para evaluar evidencia publicada.

RESULTADO:

Búsqueda inicial entregó 254 artículos, al aplicar los filtros "Revisión sistemática" y "últimos 10 años", se redujo a 8 artículos. Por los criterios de selección/exclusión 2 artículos cumplen con lo requerido para responder nuestra pregunta de investigación. La primera serie (944 pacientes) reporta 97.5% de sensibilidad y 98.9% de especificidad y la segunda serie (665 pacientes) un 99% y 98% respectivamente.

CONCLUSIÓN:

Los artículos analizados muestran que la ultrasonografía aplicada en los servicios de urgencia tiene aceptables valores de sensibilidad y especificidad diagnóstica para la detección de AAA en pacientes sintomáticos por lo que pudiese ser una opción al gold estándar.

Palabras clave: Ultrasonografía, aneurisma aórtico abdominal, sensibilidad/especificidad, medicina de urgencia.

Correo: mcolvillesolar@gmail.com - Mario Colville Solar.

¹Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

FIBROMIALGIA: UNA REVISIÓN ACTUALIZADA DE LA LITERATURA.

Autores: M. Ojeda¹, K. Gayosa¹, J. Pérez¹, Z. Maraví².

INTRODUCCIÓN:

La fibromialgia (FM) es un síndrome cuya característica principal es el dolor musculoesquelético asociado a alteraciones cognitivas y psiquiátricas. Su causa es desconocida.

OBJETIVO:

Mediante una revisión de la literatura disponible se describieron aspectos básicos y actualizados sobre FM, con especial énfasis en el diagnóstico temprano y manejo inicial. Epidemiología: Esta entidad constituye una importante causa de dolor crónico no oncológico y su prevalencia en Chile se estima en 5,4%. Puede afectar a personas de cualquier edad y sexo, sin embargo, se presenta más en mujeres de mediana edad. Fisiopatología: Es compleja y factores como la genética, epigenética y ambiente contribuyen a su génesis. Se produce un fenómeno de sensibilización central, desbalance de neurotransmisores, disfunción neuro-hormonal, alteración en la estructura del sueño y polineuropatía de fibras pequeñas. Clínica: Es heterogénea, el síntoma principal es el dolor, generalmente bilateral, con afectación axial, sobre y bajo la cadera. Se asocian además otros síntomas, los que se pueden clasificar en trastornos del sueño, trastornos del ánimo, disfunción cognitiva, síntomas sensitivos y motores.

RESULTADO:

Es clínico y considera todo un desafío debido a la gran cantidad de patologías que pueden imitar el cuadro clínico y a la ausencia de criterios diagnóstico, solo de clasificación. Los criterios de clasificación orientan el diagnóstico, el año 2019 se publicaron los más recientes, los que se incluyen en esta revisión. Manejo: Debe ser realizado por un equipo multidisciplinario y su tratamiento considera un manejo no farmacológico y otro farmacológico, los grados de recomendación para cada intervención se agregaron en este trabajo.

CONCLUSIÓN:

La fibromialgia constituye un problema de salud pública, debido al subdiagnóstico, estigma social, ausentismo laboral, entre otras consecuencias. Es por ello que el diagnóstico temprano y el manejo oportuno son puntos cruciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con FM.

Palabras clave: Fibromialgia, fatiga, diagnóstico, tratamiento farmacológico.

Correo: mario.ojeda.toledo@gmail.com - Mario A. Ojeda Toledo.

¹Estudiante de medicina quinto año, Universidad de Magallanes, Punta Arenas.

²Reumatólogo, servicio de medicina interna, hospital clínico de Magallanes, Punta Arenas.

PREECLAMPSIA EN MUJERES CHILENAS, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y GRAVEDAD DEL CUADRO CLÍNICO.

Autores: P. Riquelme S.¹, M. Riquelme O.², C. Nuñez E.³.

INTRODUCCIÓN:

La Preeclampsia es un trastorno asociado al embarazo, el cual es caracterizado por la manifestación de hipertensión asociado a proteinuria o daño en órgano blanco, posterior a la 20a semana de gestación en mujeres previamente normotensa. Su fisiopatología aún no se encuentra completamente clara, pero se reconoce que su prevalencia global es del 2 al 8% del total de los embarazos. En la actualidad se reconoce que, entre los factores más importantes para desarrollar este trastorno, se encuentran los que involucran riesgo cardiovascular, por lo que comprender la relación existente entre estos factores y su incidencia en la Preeclampsia, es de fundamental importancia para proteger tanto la salud de la madre como la del feto.

OBJETIVO:

Relacionar los factores de riesgo cardiovascular de la preeclampsia y su prevalencia en mujeres chilenas.

MÉTODO:

Revisión de las bases de datos “Pubmed”, “Web Of Science” y “SciELO”, utilizando los términos MeSH “Preeclampsia” y “Chile”, los criterios de inclusión fueron: artículo publicado entre el año 2000 y 2020, idioma español. Se excluyeron investigaciones no realizadas en Chile.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 31 publicaciones para esta revisión, 8 casos clínicos, 10 revisiones y 13 investigaciones. En estos artículos destacan los factores de riesgo; hipertensión, edad materna, Índice de Masa Corporal, Multiparidad, como causantes de un aumento de la incidencia de preeclampsia, considerándose esta la mayor causa de interrupción del embarazo, mediante cesárea (80%) e ingreso a unidad de cuidados intensivos (47,2%).

CONCLUSIÓN:

La adopción de medidas preventivas de origen cardiovascular, es una herramienta clave para la prevención de la Preeclampsia durante el periodo pre y postnatal. El manejo del síndrome hipertensivo del embarazo y así como también los factores de riesgo que lo posibilitan, disminuyen las probabilidades de presentar patologías durante el embarazo.

Palabras clave: Preeclampsia, hipertensión, embarazo, Chile.

Correspondencia: Edificio Germania - Prieto Norte 227, Departamento 908, Temuco.

Correo: p.riquelme09@ufromail.cl

¹Estudiante de Medicina. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

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

³Docente de Fisiología, Escuela de Medicina, Universidad de Magallanes.

MANEJO QUIRÚRGICO EN ESTADIO I DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autores: K. Gübelin¹, M. Oñate¹, V. Navarrete¹, J. Aguilera², V. González², C. Gübelin³.

INTRODUCCIÓN:

En ausencia de consenso definitivo, el manejo del cáncer de vesícula (CV) en estadio I sigue siendo controvertido. La elevada tasa de letalidad que presenta este cáncer sumada a su alta incidencia en nuestro país hace necesario definir cuál es la terapia más adecuada.

OBJETIVO:

Buscar la mejor evidencia bibliográfica disponible, hasta Junio del 2020, sobre una estrategia de manejo para paciente con CV en estadio I.

MÉTODO:

Se realizó una búsqueda sistemática de literatura: MEDLINE/PubMed. Se utilizaron los términos MESH: “gallbladder cancer” y “surgery”, con los filtros: ensayos clínicos controlados, ensayos clínicos y meta-análisis publicados hasta junio de 2020, sin restricciones temporales, geográficas o idiomáticas.

RESULTADO:

Se registran 197 resultados. Solo 3 estudios cumplían con el objetivo de abordar el manejo de CV en estadio I, siendo los tres meta-análisis, no encontrando ningún ensayo clínico.

DISCUSIÓN:

Según la evidencia, para tumores incidentales T1a bastaría realizar una colecistectomía simple. Para tumores T1b se recomendaría realizar una reintervención posterior al diagnóstico. No obstante a esto, la baja calidad y número de trabajos no permite determinar con certeza si son las indicaciones adecuadas. Llama la atención también la ausencia de trabajos provenientes de Chile, siendo este el país con mayor tasa de mortalidad por CV.

CONCLUSIÓN:

Existe poca evidencia para definir el manejo adecuado de los CV en estadio precoz. Es menester la realización de ensayos clínicos y un mayor número de meta-análisis para determinar con certeza la conducta adecuada.

¹Estudiante de Medicina de la Universidad de La Frontera.

²Interno de Medicina de la Universidad de La Frontera.

³Médico Cirujano del CESFAM Cajón.



2020

LIBRO
RESUMEN

JORNADA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE
MEDICINA
DE LA IX REGIÓN