

# LIBRO RESUMEN 2022



1ERA JORNADA CIENTÍFICA  
VIRTUAL DE ESTUDIANTES  
DE MEDICINA

27 DE DICIEMBRE AL 27 DE FEBRERO



ACADEMIA CIENTÍFICA *de*  
ESTUDIANTES DE MEDICINA  
*de la* UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

## PREFACIO

---

La **Jornada Científica Virtual de Estudiantes de Medicina (JCVM)** fue realizada con el objetivo de permitir un espacio académico para la formación extracurricular de estudiantes de Medicina de distintas universidades a nivel nacional.

Esta instancia fue organizada por un grupo de alumnos de la Universidad de La Frontera de distintos años de estudio quienes además pertenecen a la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la UFRO y además tuvimos el apoyo de más de 20 docentes de diversas especialidades, para la revisión de cada trabajo científico.

Nuestro comité organizador esta constituido por:

- Andrea Collipal Espinoza Interna 7mo año Medicina, UFRO
- Camila Leveque Barrientos Interna 7mo año Medicina, UFRO
- Jorge Troncoso Rojas Alumno 4to año Medicina, UFRO
- Jorge Aguilera Zapata Interno 7mo año Medicina, UFRO
- Cristian Sandoval Arriagada Interno 7mo año Medicina, UFRO
- Marcela Araneda Peña Interna 7mo año Medicina, UFRO
- Sofía Otero Iturra Interna 7mo año Medicina, UFRO
- Javier Muñoz Collipal Alumno 5to año Medicina, UFRO
- Alejandra Contreras Schürch Alumna 5to año Medicina, UFRO
- Rosita Gutiérrez Vega Alumna 5to año Medicina, UFRO

En contexto de la situación que nos vimos enfrentados durante este último tiempo, la virtualidad ha sido una herramienta fundamental para poder seguir formándonos en el área científica y poder aportar a solucionar temas y problemáticas a las que nos vimos enfrentados en algún momento de nuestro pasar por las prácticas clínicas propias de nuestra carrera.

Dentro del comité organizador varios comenzaremos una nueva etapa como profesionales y queremos destacar la importancia que tiene el área de la investigación en la Medicina, considerando que esta permite el conocimiento para el desarrollo integral como futuros médicos.

Por último queremos agradecer al Dr. Patricio Echeverría Gómez, Director de la carrera de Medicina de la Universidad de La Frontera y a la Academia Científica de estudiantes de Medicina (ACEM-UFRO) de nuestra casa de estudio, por auspiciar y favorecer el desarrollo de este libro resumen.



---

**Jorge Troncoso Rojas**  
Presidente ACEM UFRO



---

**Andrea Collipal Espinoza**  
Organizadora JCVM



---

**Dr. Patricio Echeverría Gómez**  
Director Carrera de Medicina  
Universidad de La Frontera

# ÍNDICE

---

CASOS CLÍNICOS

- Página - 1

TRABAJOS DE  
INVESTIGACIÓN

- Página - 85

REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA

- Página - 94

## C A S O   C L Í N I C O

### Hemorragia digestiva baja masiva secundaria a intususcepción intestinal.

Código del Trabajo: CC01

**Autores:** Valentina Bernedo<sup>1</sup>, Joaquín Laroze<sup>1</sup>, Gonzalo Avendaño<sup>1</sup>, Catalina Oviedo<sup>1</sup>.

**Tutor:** Alejandro Verdugo<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna(o) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

2. Médico cirujano, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La intususcepción o invaginación intestinal (II) consiste en que una parte del intestino y su mesenterio se invagina en la luz de un segmento intestinal adyacente<sup>1</sup>. Es infrecuente en el adulto, representando menos del 5% de todas las intususcepciones. La incidencia anual es de 2 a 3 casos por 1.000.000 personas al año

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Masculino, 65 años, hipertenso con historia de larga data de dolor abdominal, vómitos, astenia y baja de peso significativa. Consulta en urgencia por episodio de hemorragia digestiva baja masiva (HDBM). Ingresa taquicárdico e hipotenso, al examen físico abdomen sensible, tacto rectal con abundante sangre fresca. Al laboratorio destaca hemoglobina 4.2 mg/dl requiriendo transfusión. Gastroscopia normal. Scanner abdomen y pelvis: II de segmento largo en fosa iliaca izquierda con área de realce irregular sugerente de lesión proliferativa. Laparotomía exploradora: segmento de II a 20 cm del ángulo de Treitz que se extiende por unos 30 cm con segmento tumoral en pared de yeyuno, se realiza resección de segmento tumoral y anastomosis laterolateral. Cirugía sin incidentes. Biopsia: sarcoma fusocelular epiteloideo.

**DISCUSIÓN:** La clínica de la II es variable. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente, seguido de nauseas y vómitos. El sangrado rectal se encuentra en un 4-13%<sup>3</sup>. Su etiología varía según la localización de la II. A nivel colónico, es principalmente neoplásica y en el intestino delgado el 57% es de etiología benigna<sup>4</sup>. En el caso expuesto, se presentó con la clínica clásica y además HDBM, lo que es infrecuente. Su localización fue a nivel yeyunal secundaria a un tumor maligno desconocido, la que tampoco es la etiología más usual a este nivel.

**CONCLUSIÓN:** La II en adultos es poco habitual y su clínica es inespecífica. En ocasiones se puede complicar con HDBM donde es necesario un alto índice de sospecha y tratamiento urgente.

**PALABRAS CLAVE:** Intususception, Gastrointestinal Hemorrhages, Neoplasm.

**Autor Corresponsal:** [valentinabernedo@gmail.com](mailto:valentinabernedo@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Síndrome mielodisplásico hipocelular: un diagnóstico diferencial de disnea en población joven.

**Código del Trabajo:** CC02

**Autores:** Valentina Bernedo<sup>1</sup>, Gonzalo Avendaño<sup>1</sup>, Andrés Aguilar<sup>1</sup>, Joaquín Laroze<sup>1</sup>.

**Tutor:** Gabriel Valdés<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna(o) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Becado de Medicina Interna, Universidad de La Frontera

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome mielodisplásico (SMD) es un grupo de enfermedades hematológicas malignas caracterizada por hematopoyesis clonal, una o más citopenias y maduración celular anormal. Comúnmente se presenta en adultos mayores (media de 70 años) y la incidencia anual en < 50 años es rara (0.5/100.000), por lo que no se sospecha frecuentemente en este rango etario. Se presenta el caso clínico de un paciente de 29 años sin antecedentes que consulta en el Servicio de Urgencias (SU) por disnea.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 29 años sin antecedentes, consulta en SU por disnea progresiva de 1 mes de evolución asociada a tos, taquicardia y palidez. Se estudió radiografía de tórax, electrocardiograma y hemograma, con el cual se evidenció una anemia severa (hemoglobina 2.7) macrocítica hiperclorémica arregenerativa. Durante la hospitalización el estudio de laboratorio, imagenológico y endoscópico de anemia no arrojó resultados patológicos. Se realizó biopsia de médula ósea que informa médula ósea hematopoyética hipocelular y, posteriormente con mielograma, se confirma un síndrome mielodisplásico hipoceular. Actualmente en espera de trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico (TPHa).

**DISCUSIÓN:** El SMD raramente se presenta antes de los 50 años, por lo que ante la presencia de citopenias no debe ser la primera opción a descartar, sin embargo, debe ser un diagnóstico diferencial a considerar ante la persistencia de estudios no concluyentes. Hay que recordar manejar estos pacientes en el intertanto con metas transfusionales conservadoras, en este caso, la meta de hemoglobina determinada fue 5.

**CONCLUSIÓN:** Pese a la baja prevalencia de algunas entidades en jóvenes, siempre se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales y ser minucioso en el estudio, ya que uno podría diagnosticar a estos pacientes en que el tiempo es sensible para su tratamiento, como lo fue en este caso para transfundirlo e ingresarlo a lista de espera de TPHa.

**PALABRAS CLAVE:** Myelodysplastic syndrome, Dyspnea, Anemia.

**Autor Corresponsal:** [valentinabernedo@gmail.com](mailto:valentinabernedo@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Sospecha y enfrentamiento de pioderma gangrenoso: A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC03

**Autores:** Paloma Escalante<sup>1</sup>, Steffi Seitz<sup>1</sup>.

**Tutor:** Sebastián Peñaloza<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Becado de Medicina Interna, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica de causa desconocida, caracterizada por inflamación crónica y ulceración de la piel, es una enfermedad poco frecuente con una incidencia aproximada de 6 casos por cada 1.000.000 de personas. Su manifestación clínica es la formación de lesiones ulcerosas de desarrollo rápido y dolor mayor al esperado, con o sin presencia de fiebre. Su diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos e histológicos y la exclusión de otras posibilidades diagnósticas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 67 años, con antecedentes de pioderma gangrenoso en región cervical hace 25 años, xeroftalmia, HTA, obesidad y diarrea crónica, consulta por fractura por caída sobre hombro derecho que evoluciona con dolor e impotencia funcional, se realiza osteosíntesis sin incidentes. 2 meses después consulta en servicio de urgencia por eritema en el sitio operatorio, se hospitaliza y se realiza aseo quirúrgico y tratamiento antibiótico. Posteriormente por mala evolución se sospecha pioderma gangrenoso en base a los antecedentes por lo que se inicia tratamiento con Metilprednisolona y luego de completar tres pulsos se inicia Prednisona, informe de biopsia indica proceso inflamatorio agudo compatible con pioderma gangrenoso.

**DISCUSIÓN:** En el estudio de lesiones ulcerosas sugerentes de pioderma gangrenoso se deben considerar los criterios diagnósticos planteados en el consenso de Delphi, dentro de los que se incluyen una biopsia con infiltrado neutrofílico, la exclusión de infección, EII o artritis reumatoide, y características específicas de la lesión.

**CONCLUSIÓN:** En ocasiones, es necesario considerar el pioderma gangrenoso dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones ulcerosas en la piel, además de tener un alto índice de sospecha que permita realizar una un diagnóstico oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** Pyoderma Gangrenosum, diagnosis, skin ulcer

**Autor Corresponsal:** [s.seitz01@ufromail.cl](mailto:s.seitz01@ufromail.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Sospecha y enfrentamiento de Colitis eosinofílica: A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC04

**Autores:** Paloma Escalante<sup>1</sup>, Steffi Seitz<sup>1</sup>.

**Tutor:** Sebastián Peñaloza<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Becado de Medicina Interna, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las gastroenteritis eosinofílicas, tal como su nombre indica, se caracterizan por la infiltración eosinofílica tisular, principalmente a nivel de estómago y duodeno, siendo la colitis eosinofílica una forma poco frecuente de presentación. Su patogenia aún es desconocida, pero algunas hipótesis apuntan a un proceso mediado por linfocitos T. Su manifestación clínica es diversa, siendo la diarrea, el dolor abdominal, anorexia y pérdida de peso los síntomas principales.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 41 años, sin antecedentes mórbidos, policonsulta en servicios de urgencia por cuadro de diarrea crónica, asociado a dolor abdominal y sensación febril intermitentes. Se realiza colonoscopia y biopsias escalonadas, concordantes con colitis eosinofílica. Se inicia tratamiento con dieta de exclusión y tratamiento sistémico con prednisona oral, el cual tuvo una adecuada respuesta y remisión de la sintomatología, por lo cual se redujo la dosis hasta suspenderla. Permanece sin clínica durante 8 meses, cuando asociado a transgresión alimentaria inicia con cuadro de diarrea (>15 deposiciones/día), asociado a dolor abdominal, náuseas, sensación febril y mialgias, sin síntomas respiratorios, por lo que decide consultar en el Servicio de Urgencias. Se solicitó a la paciente consentimiento informado para la realización de este caso.

**DISCUSIÓN:** Durante el estudio de un paciente con diarrea crónica, se deben considerar los criterios que apoyan al diagnóstico de colitis eosinofílica, los cuales son síntomas gastrointestinales, presencia de infiltrado eosinofílico en biopsias escalonadas mediante colonoscopia, ausencia de eosinofilia extraintestinal y de parasitosis.

**CONCLUSIÓN:** Resulta relevante conocer la presentación clínica de colitis eosinofílica, con el fin de considerar esta patología poco frecuente dentro de los diagnósticos diferenciales de diarrea crónica, ya que un correcto diagnóstico conllevará a un tratamiento adecuado que permitirá la remisión de los síntomas y una mejor calidad de vida del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Colitis, diarrea, enfermedad gastrointestinal.

**Autor Corresponsal:** Escalantepaloma3@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Fístula vesicocutánea secundaria a apendicectomía en paciente infantil: A propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC05

**Autores:** Marcela Gonzalez<sup>1</sup>, Camila Marinao<sup>1</sup>, Dánae Mendez<sup>1</sup>, Juan Pablo Pontigo<sup>1</sup>.

**Tutor:** Dr. Jose Cuminao F<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

3. Interna(o) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

4. Cirujano Pediatra, Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile. Tutor.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las anomalías uracales son poco frecuentes, en niños el uraco se encuentra como un cordón fibroso que llega a la vejiga con una frecuencia aproximada de un 60%. Estas anomalías son más frecuentes en hombres que en mujeres, generalmente se asocian con anomalías congénitas del tracto urinario inferior como valvas uretrales posteriores o atresia ureteral completa. Estas pueden complicarse con infecciones del tracto urinario, formación de cálculos intrauracales y tiene relación con un aumento de la prevalencia de carcinoma. La complicación más frecuente es la infección, siendo diagnóstico diferencial de una amplia variedad de patologías intraabdominales..

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento firmado. Varón de 10 años con antecedente de apendicitis flegmonosa operada 2017 y con tratamiento antibiótico con óptima respuesta. Consulta 3 años después por historia de lesión en cicatriz quirúrgica que ha requerido tratamiento antibiótico en múltiples oportunidades asociado a drenaje y curaciones. Debido a persistencia de síntomas, se inicia estudio dirigido con ecotomografía de pared abdominal que pesquisa imagen compatible con fístula de calibre permeable entre laparotomía de Mc Burney y vejiga. Se realiza fistulografía que confirma comunicación uracal por lo que se programa cirugía para manejo definitivo, siendo la opción laparoscópica una de las opciones, con ventaja en términos de morbilidad, recuperación y resultado estético.

**DISCUSIÓN:** Esta patología generalmente es asintomática, el diagnóstico clínico puede ser confirmado por estudios de imágenes como ecografía abdominal, fistulografía, uretrocistografía, tomografía abdominal computarizada y resonancia. El tratamiento aceptado consiste en la resección del uraco en todo su trayecto con o sin resección parcial de la vejiga ya que disminuye la tasa de recurrencia, que evita la posibilidad de transformación metaplásica maligna en segmentos no resecados.

**CONCLUSIÓN:** Las anomalías uracales son poco frecuentes especialmente, sin embargo, su forma de manifestarse debe conocerse ya que su identificación permite derivar de forma oportuna y entregar tratamiento adecuado al paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Anomalías uracales, fístulas vesicales, apendicectomía.

**Autor Corresponsal:** marcela1546@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Enfrentamiento terapéutico de Penfigoide buloso: A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC06

**Autores:** Evelyn Barriga<sup>1</sup>, Paloma Escalante<sup>1</sup>, Sebastián Lazcano<sup>1</sup>.

**Tutor:** Sebastián Peñaloza<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Becado de Medicina Interna Universidad de la Frontera, Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El penfigoide es una enfermedad autoinmune poco habitual que afecta principalmente a adultos mayores y se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos contra la membrana basal epitelial que generan ampollas subepidérmicas que evolucionan hasta desprenderse dejando una zona ulcerada. Puede manifestarse de forma bullosa o cicatricial, siendo más frecuente la primera.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 78 años, con antecedente de Lupus, consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por lesiones ampollosas dolorosas y levemente pruriginosas en extremidades, tronco y cuero cabelludo que impresionan penfigoide buloso. Se indica tratamiento con betametasona tópica con escasa respuesta, por lo que se decide hospitalización. Ingresa en buenas condiciones, destacando al examen múltiples lesiones ampollosas sobre base eritematosa, con signo de Nikolsky negativo, algunas de aspecto ulcerativo y costras que impresionan sobreinfectadas. Se inicia tratamiento con clobetasol tópico, prednisona y cefazolina. Se informa biopsia concordante con penfigoide buloso. Por buena evolución clínica, se decide el alta al 30º día con control ambulatorio. Se obtiene consentimiento informado del paciente para este trabajo.

**DISCUSIÓN:** La literatura recomienda como primera opción terapéutica los esteroides tópicos, con reducción gradual del tratamiento inicial desde los 15 días posterior al control de la enfermedad y a partir del 4º mes dejar un tratamiento de mantención durante 8 meses. Como segunda opción están los corticoides sistémicos en dosis bajas, porque se asocian mayores efectos adversos. En este caso se decidió aplicar clobetasol tópico, prednisona y cefazolina para evitar sobreinfección, demostrando mejoría significativa de las lesiones.

**CONCLUSIÓN:** El tratamiento de penfigoide tradicionalmente se basa en corticoides orales, pero se ha demostrado que corticoides tópicos de alta potencia como clobetazol tienen una efectividad similar con menos efectos adversos. Resulta relevante conocer las opciones terapéuticas, con el fin de optimizar la remisión de los brotes con la menor cantidad de efectos adversos para el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Penfigoide, enfermedades vesiculo-ampollosas, tratamiento.

**Autor Corresponsal:** e.barriga01@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Hiponatremia severa, diagnóstico y enfrentamiento del SIADH: A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC07

**Autores:** Marcela González<sup>1</sup>, Paloma Escalante<sup>1</sup>, Steffi Seitz<sup>1</sup>

**Tutor:** Sebastián Peñaloza<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Becado de Medicina Interna, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) corresponde a un trastorno donde hay un aumento de la producción de la hormona antidiurética (ADH), este puede ocurrir por distintas causas entre ellas el trauma encéfalo craneano (TEC). El SIADH genera una disminución en la excreción de agua, lo que aumenta el volumen de agua corporal extracelular, disminuyendo la concentración de sodio plasmático por dilución y aumentando en la excreción de sodio urinario, lo que conduce a una hiponatremia. Se ha visto que hasta un 13% de los pacientes con TEC presentan un estado hipoosmolar y de estos un 90% se debe al SIADH, por lo que es importante considerarlo como diagnóstico diferencial en este contexto

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 62 años, sin antecedentes mórbidos, llega a urgencias tras sufrir accidente en bicicleta, se constata TEC Marshall II: fractura temporoparietal y petrosa bilateral, contusiones hemorrágicas temporales y hemorragia subaracnoidea traumática. Se indican medidas de neuroprotección y se hospitaliza. Dos semanas después, inicia disminución progresiva de la natremia, por lo que se comienza estudio. Se solicitó consentimiento informado al paciente para este estudio.

**DISCUSIÓN:** Es necesario considerar el contexto en el cual se presenta una hiponatremia, en este caso con el antecedente de TEC, se debe considerar el SIADH como diagnóstico diferencial y realizar los estudios que permitan confirmar el diagnóstico. El SIADH se presenta como una hiponatremia hipoosmolar, con osmolaridad urinaria sobre 100 mol/kg y sodio urinario sobre 40 mEq/L y su enfrentamiento dependerá del grado de hiponatremia, de la presencia o ausencia de síntomas y su etiología.

**CONCLUSIÓN:** Si bien el SIADH no es una causa frecuente de hiponatremia, es relevante considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales de un paciente con historia reciente de TEC, además de conocer los criterios diagnósticos para SIADH y así lograr decidir un tratamiento adecuado para el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** SIADH, Hiponatremia, Traumatismo encéfalo craneano

**Autor Corresponsal:** marcela1546@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Síndrome de Ogilvie secundario a desplazamiento de prótesis parcial de cadera

**Código del Trabajo:** CC08

**Autores:** Manuel Godoy<sup>1</sup>, Álvaro Zúñiga<sup>1</sup>, Hugo Arévalo<sup>1</sup>, María Lobos<sup>1</sup>

**Tutor:** Gabriel Morales<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile
2. Médico Cirujano, Hospital de Lolol, Lolol, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Ogilvie (SO) es un trastorno funcional infrecuente del tránsito colónico sin una obstrucción orgánica del intestino. Se presenta con distensión colónica insidiosa y progresiva, y debe ser tratado oportunamente para prevenir la perforación, peritonitis y muerte. Su etiología es desconocida, aunque puede asociarse a múltiples entidades patológicas, farmacológicas y quirúrgicas, como cirugías ortopédicas (cirugías de cadera, fracturas lumbares y de huesos largos).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, postración por accidente cerebrovascular secuelado, y cirugía de cadera con prótesis parcial de cadera de Thompson, consulta por cuadro de dolor y distensión abdominal, asociado a ausencia de eliminación de gases y deposiciones de 6 días de evolución. Se realiza Tomografía computada de abdomen y pelvis (TC AP) que reporta megacolon sin cambios de calibre, ampolla rectal con aire y prótesis de cadera desplazada. Al ingreso a urgencias, se instala sonda rectal y gástrica con mejoría parcial de cuadro clínico. Durante su hospitalización, destaca hipokalemia y ausencia de deposiciones durante 5 días, pese a sonda rectal. Debido a evolución tórpida, es sometida a cirugía para reposicionamiento de prótesis de cadera desplazada, evolucionando favorablemente. Se realiza TC AP control que descarta obstrucción intestinal, por lo que se otorga alta hospitalaria. Se firma consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico oportuno del SO es el factor pronóstico más importante en estos pacientes, evitando así complicaciones graves. Existen múltiples causas asociadas, más del 95% se asocia a uno más factores clínicos predisponentes tales como: traumatismos no quirúrgicos, infecciones, enfermedad cardíaca, edad avanzada, factores metabólicas (diabetes, hipotiroidismo), postración y cirugías previas (abdominal, traumatológica, etc.).

**CONCLUSIÓN:** El cuadro clínico y los antecedentes mórbidos de los pacientes son importantes para la sospecha de SO. De esta forma, se pueden pesquisar los factores de riesgo predisponentes para esta patología y prevenir eventuales complicaciones y mortalidad.

**PALABRAS CLAVE:** Colonic pseudo-obstruction, Ogilvie syndrome, hip prosthesis.

**Autor Corresponsal:** MAGODOX@GMAIL.COM

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Salpingooforitis xantogranulomatosa en relacion con enfermedad inflamatoria pelvica cronica

**Código del Trabajo:** CC09

**Autores:**Valentina Cuevas<sup>1</sup>, Felipe González<sup>1</sup>, Constanza Santibáñez<sup>1</sup>, Javiera Ramirez<sup>1</sup>

**Tutor:** Amelia Valente<sup>2</sup>, Roberto Rodriguez<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. interno medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

2. Medico cirujano, Universidad de Chile, Concepción, Chile

3. Médico especialista ginecología y obstetricia, Universidad de Chile, San Fernando.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La salpingooforitis xantogranulomatosa (SX), condición benigna poco frecuente, caracterizada por reemplazo de la mucosa por tejido inflamatorio de granulación con infiltración de histiocitos espumosos. Su prevalencia es desconocida y su clínica es similar a una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 49 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de dolor hipogástrico asociado a fiebre, sudoración nocturna, baja de peso y anorexia. Al examen físico destaca masa pétreas adheridas a planos profundos en fosa iliaca izquierda; examen ginecológico con dolor a la movilización del anexo izquierdo (A.I.).

Laboratorio destaca aumento de parámetros inflamatorios. Ecografía transvaginal evidencia A.I. envuelto en aparente masa de origen retrouterino. Se ingresa a hospitalización con diagnóstico de absceso tubo-ovárico, se maneja con antibióticos endovenosos con escasa mejoría.

Se realiza escáner de abdomen y pelvis que muestra imagen irregular heterogénea asociada al A.I. Se complementa con resonancia nuclear magnética que informa proceso expansivo espiculado parauterino que compromete el A.I., se sugiere considerar lesión neoplásica.

Se realiza laparotomía exploratoria con histerectomía radical. Biopsia de la muestra informa salpingitis y ooforitis crónica con áreas xantogranulomatosas; no se observan células neoplásicas malignas. Se conversa con la paciente, quien accede a la presentación de su patología en congreso científico.

**DISCUSIÓN:** La literatura disponible describe la SX como un proceso benigno, que puede simular neoplasias, tal como ocurrió en nuestro caso clínico que por clínica e imágenes sugieren un proceso maligno, dando lugar a manejos invasivos innecesarios. Por esto la importancia de conocer esta patología.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro caso clínico, se ve reflejado que una patología benigna puede llevar a manejo quirúrgico radical, dado su presentación de EIP no respondedora a antibióticos, síntomas consuntivos e imágenes sugerentes de malignidad. La biopsia nos da el diagnóstico definitivo de una SX, proceso caracterizado por reemplazo del tejido normal por inflamatorio.

**PALABRAS CLAVE:** Ooforitis, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis..

**Autor Corresponsal:** [valecueevas@gmail.com](mailto:valecueevas@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Hidatidosis muscular primaria, a propósito de un caso

Código del Trabajo: CC010

**Autores:** Andrea Fuentes<sup>1</sup>, Marisabel Díaz<sup>1</sup>, Isabella Monsalve<sup>1</sup>

**Tutor:** Juan Sandoval<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Residente 3er año Ortopedia y Traumatología Adulto, Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hidatidosis es una zoonosis endémica, prevalente en Chile y en nuestra región. Sus localizaciones más frecuentes son hepática y pulmonar constituyendo más del 90%, siendo la localización musculoesquelética extremadamente infrecuente. Dentro de estas últimas, las localizaciones con compromiso únicamente muscular son aún más raras, reportando incidencias de 2-3%.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 43 años. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de relevancia para el caso. Dirigidamente, residencia rural, con mascotas en casa. Presenta cuadro de larga data de masa de crecimiento lento en muslo derecho sin eritema ni otras alteraciones en piel. Estudio imagenológico informa lesión multiquística de 8 x 4,4 x 17 cm en relación a músculo aductor magno derecho que impresiona compatible con hidatidosis por imagen, sin compromiso vascular ni óseo. Se solicita confirmación serológica para hidatidosis la cual informa positivo. Estudio de compromiso hepático-pulmonar negativo. Se realiza tratamiento médico con Albendazol y resección quirúrgica total incluyendo quiste y músculo aductor magno derecho. Evolución favorable actualmente en control con infectología y traumatología. Estudio histológico de pieza operatoria confirma hidatidosis muscular. Se solicita consentimiento informado para publicación de caso.

**DISCUSIÓN:** La hidatidosis muscular primaria sin compromiso hepático o pulmonar es una entidad extremadamente poco prevalente, reportando casos principalmente en cuello, tronco y en tercer lugar la región proximal de extremidades, como en este caso el muslo. La baja ocurrencia de esta localización se asocia a la frecuente contracción muscular y al alto contenido de ácido láctico lo que dificulta el crecimiento del parásito. Su sospecha es difícil ya que clínicamente suelen ser asintomáticos, por lo que el estudio por imágenes es indispensable.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de su baja prevalencia, la hidatidosis muscular debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas intramusculares, siendo más relevante en pacientes de áreas endémicas y de mayor riesgo.

**PALABRAS CLAVE:** Echinococcosis, Zoonoses, Muscular Diseases

**Autor Corresponsal:** andyfuentes19@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Tumor adenomatoide pleuro-pulmonar, en paciente con antecedente de Cáncer Folicular de Tiroides.

Código del Trabajo: CC011

Autores: Alexis Contreras<sup>1</sup>, Arturo Gallardo<sup>1</sup>, Gustavo Gallardo<sup>1</sup>, Dinko Vuskovic<sup>1</sup>

Tutor: Javier Urrutia Figueroa<sup>2</sup>

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Medico Cirujano, Universidad de Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El tumor adenomatoide es una neoplasia benigna poco frecuente de origen mesotelial. Por su curso usualmente asintomático, existe dificultad para determinar su incidencia. Generalmente son tumores únicos ubicados principalmente en tracto genital. Sin embargo, rara vez se ha reportado su presencia en otras ubicaciones, las que incluyen glándula suprarrenal, corazón, peritoneo o pleura. Por otro lado, en Cáncer Folicular de Tiroides la presencia de metastasis pulmonar bordea el 3-6%.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Consentimiento informado adjunto, se presenta caso de hombre de 53 años, con antecedente de Cáncer Folicular de Tiroides (CFT) operado hace 6 meses. En seguimiento se amplía estudio de diseminación con PET-CT que evidencia nódulos pulmonares bilaterales de aspecto metastásico y uno sospechoso de neoplasia primaria en lóbulo inferior izquierdo. Se decide resolución quirúrgica, en un primer tiempo se realiza metasectomía izquierda mediante videotoroscopia. Durante el intraoperatorio destacan lesiones pleurales de aspecto sospechoso. La biopsia diferida informa metástasis de CFT en llingula, lóbulo superior e inferior izquierdo; muestra de pleura parietal y lóbulo inferior izquierdo compatible con tumor adenomatoide y presencia de marcadores de inmunohistoquímica positivos para calretinina y queratina. Postoperatorio estable, alta hospitalaria a la espera de segundo tiempo quirurgico. Confirma hidatidosis muscular. Se solicita consentimiento informado para publicación de caso.

**DISCUSIÓN:** Los tumores adenomatoides son de curso benigno con pronóstico favorable a largo plazo. Dado el origen histológico, es relevante realizar el diagnóstico diferencial con tumores de esta estirpe, donde destaca el mesotelioma maligno.

Por otro lado, la neoplasia benigna mas frecuente en pleura es el tumor Fibroso Solitario, constituyendo la principal hipótesis diagnostica. Sin embargo, éste carece de componente epitelioide del tumor adenomatoide en la histología.

**CONCLUSIÓN:** Ante un CFT y nódulos pulmonares se debe descartar siempre etiología metastásica. Sin embargo, el diagnostico diferencial pleural y pulmonar es amplio. La comunicación clínica-radiológica-patológica resulta fundamental.

**PALABRAS CLAVE:** Mesotelioma, Nódulo pulmonar, Tumor adenomatoide.

**Autor Corresponsal:** [acontrerasarenas95@gmail.com](mailto:acontrerasarenas95@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Parto por cesárea, consecuencia de un linfoma no hodgkin

Código del Trabajo: CC012

**Autores:** Felipe González<sup>1</sup>, Valentina Cuevas<sup>2</sup>, Constanza Santibáñez<sup>3</sup>, Javiera Ramírez<sup>2</sup>, Daniela Gálvez<sup>3</sup>, Edgardo Vera<sup>4</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina, sexto año, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile
2. Interna de Medicina, séptimo año, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile
3. Médica especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Rafael Avaria, Curanilahue, Chile.
4. Médico Cirujano, Hospital de Lota, Lota, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los Linfomas No Hodgkin (LNH) son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por la proliferación monoclonal maligna de células linfoides en localizaciones linforreticulares. Por lo general, se presentan como linfadenopatías periféricas. La incidencia estimada de LNH durante el embarazo es de 0,8 casos por 100.000 mujeres.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Caso publicado con el consentimiento de la paciente.

Paciente de 33 años, con embarazo de 36+6 semanas, sin antecedentes. Consulta en la urgencia del hospital Dr. Rafael Avaria por múltiples adenopatías de aparición reciente, que aumentan progresivamente de tamaño. Se hospitaliza para estudio y monitorización fetal. Durante la hospitalización se realizan exámenes de laboratorios, sin hallazgos significativos. Se solicita ecografía de partes blandas que muestra conglomerados adenopáticos cervicales, axilares e inguinocrurofemorales bilaterales, por lo que se decide la interrupción del embarazo a las 38 semanas para complementar estudio. En postparto se realiza tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste, que evidencia adenopatías generalizadas vascularizadas asociadas a esplenomegalia. Con estos antecedentes se realiza biopsia de adenopatía inguinal derecha, concluyente con Linfoma Folicular tipo 2. Se deriva a Hematología para manejo del caso.

**DISCUSIÓN:** Se estima que el 25% de las neoplasias hematológicas que afectan al embarazo corresponden a linfomas, sin embargo, existe poca evidencia respecto a la real incidencia de LNH durante este periodo. La presentación clásica se describe como la aparición de adenopatías que pueden aumentar o disminuir su tamaño, tal como ocurrió en este caso. Si bien el uso de TC no es recomendable, la edad gestacional y la carencia de un resonador, hicieron de este examen una buena opción para su estudio.

**CONCLUSIÓN:** La asociación de LNH y embarazo es poco frecuente. Debe sospecharse ante la presencia de múltiples adenopatías de tamaño fluctuante. La ecografía y la resonancia magnética pueden sugerirnos el diagnóstico, que debe confirmarse con biopsia.

**PALABRAS CLAVE:** Linfoma, Embarazo, Linfadenopatía.

**Autor Corresponsal:** [ffmatamala@icloud.com](mailto:ffmatamala@icloud.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Enfermedad de células falciformes complicada: Reporte de un caso

**Código del Trabajo:** CC013

**Autores:** Ana Hurtado<sup>1</sup>, Claudia Álvarez<sup>1</sup>, Manuel Godoy<sup>1</sup>, Álvaro Zuñiga<sup>1</sup>

**Tutor:** Gabriel Morales<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Cirujano, Hospital de Lolol, Lolol, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de células falciformes (ECF) es un trastorno genético autosómico recesivo producido por alteraciones en la cadena de globina. Presenta alta prevalencia en regiones de África, Asia y América, afectando a 1/365 nacidos afroamericanos. En Chile, no existen datos sobre la prevalencia de esta patología al ser una condición rara. Sin embargo, la incidencia de la ECF ha aumentado debido a la migración de personas de áreas con mayor incidencia. Los pacientes están asintomáticos generalmente, sin embargo, puede presentarse de forma aguda a través de crisis vasooclusivas dolorosas, infecciones por gérmenes atípicos y encapsulados, entre otras.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 2 años de edad, de raza afroamericana, con antecedente de ECF en tratamiento irregular con hidroxiurea, acude a consultar al servicio de urgencia por cuadro de una semana de evolución caracterizado por aumento de volumen doloroso en mano derecha y fiebre cuantificada en 38.4 grados celsius, sin otra sintomatología. Los exámenes de laboratorio destacan: hematocrito 23%, hemoglobina 8.1 gramos/decilitros, leucocitos 14.100, proteína C reactiva 56.9. Radiografía tórax destaca infiltrado intersticial mayor a derecha. Durante la hospitalización, presenta peaks febriles, por lo que se inicia tratamiento antibiótico, respondiendo favorablemente al séptimo día de hospitalización y se da alta médica. Se firma consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** Los fenómenos vaso-oclusivos y la hemólisis son las características clínicas principales de esta enfermedad. La oclusión vascular da como resultado episodios dolorosos recurrentes y una variedad de complicaciones sistémicas graves. Por otro lado, las complicaciones pulmonares pueden generar una alta mortalidad y morbilidad, siendo las más frecuentes por bacterias atípicas y virus.

**CONCLUSIÓN:** En los últimos años, dado el aumento de la inmigración en Chile, ha aumentado la incidencia de patologías poco frecuentes en nuestro país como la ECF, siendo necesario estudiar la forma de presentación, tratamiento y posibles complicaciones de ellas para un manejo óptimo de la patología.

**PALABRAS CLAVE:** Sickle cell disease, pneumonia, inmigration

**Autor Corresponsal:** [am.hurtadopalomino@gmail.com](mailto:am.hurtadopalomino@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Ectasia vascular antral causa de hemorragia digestiva recurrente: un caso clínico

Código del Trabajo: CC014

**Autores:** Pablo Blaschke<sup>1</sup>, Marcela Araneda<sup>1</sup>, Romina Venturelli<sup>1</sup>, Stephanie López<sup>1</sup>

**Tutor:** Fernando Lagos<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

2. Residente de medicina interna, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las malformaciones vasculares son una causa de hemorragia digestiva alta no variceal, dentro las cuales encontramos la ectasia vascular antral, patología poco común, que representa 4% de las HDA no variceal, definiéndose como la presencia a la endoscopia de franjas eritematosas planas o elevadas que se irradian desde el píloro hasta el antro, asociada a distintas patologías como DHC con hipertensión portal, ERC y síndrome metabólico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 74 años edad con antecedente de daño hepático crónico(DHC) por alcohol sin signos de hipertension portal, consulta por melena asociada a 6 meses de evolución de astenia, adinamia, baja de peso no cuantificada y alteraciones a nivel gastrointestinal. Al ingreso destaca anemia severa de Hb 4,3, requiriendo múltiples transfusiones de glóbulos rojos, se realizó además endoscopia digestiva alta (EDA); la cual evidencio ectasia vascular antral gástrica (GAVE) en primera instancia se manejó con electro fulguración con ARGÓN y ligadura. Durante la hospitalización la paciente persistía con melena y anemia, requiriendo más transfusiones y EDA en repetidas ocasiones. Por las comorbilidades de la paciente se decide manejo endoscópico a repetición hasta lograr controlar el sangrado en vez de manejo quirúrgico.

**DISCUSIÓN:** La GAVE es una causa poco frecuente de HDA con un variado espectro de presentación, el manejo suele ser por vía endoscópica el cual un alto porcentaje de recidiva como en el caso de esta paciente, si bien está descrito el manejo quirúrgico este no ha demostrado ser mejor que la EDA

**CONCLUSIÓN:** Las HDA son una causa frecuente de consulta en urgencia, dentro de estas se encuentran las malformaciones vasculares, si bien no son frecuentes es importante saber acerca de su manejo ya que no es tan sencillo por el alto riesgo de resangrado.

**PALABRAS CLAVE:** Antral Vascular Ectasia, Gastrointestinal Hemorrhage, Watermelon Stomachs

**Autor Corresponsal:** p.blaschke01@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Pancreatitis por Hipercalcemia severa secundaria a Hiperparatiroidismo primario, una causa rara.

**Código del Trabajo:** CC015

**Autores:** Fernanda Soto<sup>1</sup>, Carolina Morales<sup>1</sup>, Valentina Vásquez<sup>1</sup>, Constanza Santibáñez<sup>1</sup>

**Tutor:** Sebastián Soto<sup>2</sup>, Fernando Gonzalez<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Interno de medicina, Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

2. Médico, Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hipercalcemia severa secundaria a hiperparatiroidismo primario es una causa rara de pancreatitis aguda, con una prevalencia documentada de 1.5 a 8%.

La pérdida del mecanismo regulador de la parathormona y la hipercalcemia favorecen el depósito de calcio en los conductos pancreáticos y la activación de enzimas pancreáticas son probablemente los factores precipitantes.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de femenina de 37 años, con antecedentes de obesidad y psoriasis en tratamiento con 20mg de prednisona hace 1 año. Consulta en Enero de 2021 en urgencias de CAVRR por dolor abdominal difuso punzante de 3 días de evolución irradiado a dorso asociado a vómitos en múltiples oportunidades. Al examen físico se evidencia fascie cushingoidea, acantosis nigricans, se evidencia hipertensa, afebril, bien hidratada y perfundida con abdomen distendido, blando depresivo y sin signos de irritación peritoneal. Al laboratorio destaca Amilasa:152, Lipasa:329, Calcio:15.5 corregido:15.17, GGT:170 ,BD:0.18, FA:85, GOT:84,GPT:62. Se realiza toma de TAC-AP: Pancreatitis edematosa intersticial, Colelitiasis. Por cuadro compatible con Pancreatitis Aguda se decide hospitalizar en UPC para manejo de hipercalcemia y para estudio hormonal.

Se solicita consentimiento informado a paciente quien accede a firmar.

**DISCUSIÓN:** La pancreatitis aguda es una causa común de consultas al servicio de urgencias, sin embargo, la principal causa de esta es obstrucción de la vía biliar. La literatura evidencia pocos reportes de pancreatitis secundaria a hipercalcemia severa y la causa principal es por hiperparatiroidismo primario (0,2-0,5% prevalencia población), presentándose como una pancreatitis grave la mayoría de los casos reportados.

**CONCLUSIÓN:** Es importante sospechar y buscar dirigidamente la hipercalcemia. El diagnóstico de pancreatitis con hipercalcemia secundaria por hiperparatiroidismo primario ha disminuido con el tiempo del 12 al 1% debido a un diagnóstico más temprano debido a la tecnología.

**PALABRAS CLAVE:** Hipercalcemia, Pancreatitis aguda, Hiperparatiroidismo primario

**Autor Corresponsal:** [Fernanda.soto.lehnert@gmail.com](mailto:Fernanda.soto.lehnert@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Linfoma Burkitt en paciente VIH positivo a propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC016

**Autores:** Karla Cárdenas<sup>1</sup>, Carolina Carrasco<sup>1</sup>, Daniela Muñoz<sup>1</sup>, Valentina Vásquez<sup>1</sup>

**Tutor:** Víctor Urrutia<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Interno de medicina, Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

2. Médico Internista, Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Linfoma de Burkitt es un linfoma no hodgkin de células B altamente agresivo. Una de sus formas clínicas, asociada a inmunodeficiencias, en pacientes VIH con recuento de CD4 mayor a 200 células/micromol. Clínicamente, síntomas causados por la inmunodeficiencia, e involucran a ganglios linfáticos, médula ósea y sistema nervioso central. El tratamiento, quimioterapia combinada intensiva, con profilaxis para SNC.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 31 años, VIH positivo 05/04/21, última pareja seropositiva, uso preservativo ocasional. Consulta por cuadro de 2 semanas de coxalgia izquierda irradiado a piernas, limitación funcional, fiebre 39°C, sudoración nocturna y cefalea. Se descarta neumonía, y SARS COV 2, dejando tratamiento sintomático y control.

Consultó a los 2 días donde se derivó a centro de referencia, manteniendo síntomas descritos, sin otros acompañantes. Se solicitó TAC TAP: adenopatías axilares izquierdas de 4.6x5 cm, sin adenopatías mediastínicas, linfonodos axilares derechos menores de 10mm. Se rescata recuento de CD4 en 207. Biopsia de Médula Ósea por RNM sugerente de osteomielitis y ganglionar axilar el 07/06/21, concordante con Linfoma Burkitt IVB.

Estable, baja sospecha de infección concomitante se da alta con control ambulatorio para resultado de evaluación por oncología sobre QMT.

**DISCUSIÓN:** Ante antecedente de VIH del paciente, su clínica y recuento de CD4, se hace necesario estudiar la adenopatía que expuso el TAC, ya que el Linfoma Burkitt se puede presentar en este tipo de pacientes, y puede ser causa de muerte para estos. Importante al mismo tiempo diagnóstico temprano para poder iniciar la quimioterapia y mejorar su calidad de vida.

**CONCLUSIÓN:** El Linfoma Burkitt es de los linfomas que se encuentra frecuentemente en pacientes VIH positivos, considerando la clínica de nuestro paciente su recuento de CD4, lesiones en médula ósea y linfonodos alterados, se hizo indispensable continuar estudiándolo, obteniendo resultado positivo en biopsia, tras lo cual se decide iniciar la quimioterapia.

**PALABRAS CLAVE:** Linfoma, biopsia, VIH.

**Autor Corresponsal:** Carrasco.cisterna@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Tormenta arrítmica. A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC017

**Autores:** Juan Monsalve<sup>1</sup>, Matías Cuyul<sup>1</sup>, Camila Fuentes<sup>1</sup>, Estefanía Muñoz<sup>1</sup>

**Tutor:** Fernando Lagos<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La tormenta arrítmica (TA) es una urgencia vital definida como 3 o más episodios de taquicardia ventricular (TV) sostenida o fibrilación ventricular en 24 horas. Presenta una incidencia de 10-15% en pacientes con desfibrilador automático implantable y una elevada mortalidad.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** (Datos extraídos desde ficha clínica previo consentimiento informado.) Paciente masculino de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus tipo II, infarto agudo al miocardio, consulta por cuadro de palpitaciones, diaforesis y debilidad una semana posterior a síndrome coronario. Electrocardiograma evidencia episodios de TV no sostenida asociado a lesión anteroseptal, por lo que se hospitaliza y se inicia manejo con amiodarona y betabloqueo. Posteriormente presenta episodios de TV monomorfa refractaria a amiodarona, se intentó cardioversión eléctrica en varias oportunidades sin respuesta; en un episodio presentó torsades des pointes que degeneró en fibrilación ventricular, logrando respuesta tras desfibrilación. Evaluado por electrofisiología se realizó ablación por radiofrecuencia de TV bajo apoyo hemodinámico de circulación extracorpórea venoarterial lográndose estabilización hemodinámica. Posteriormente se instaló desfibrilador automático implantable y se dio de alta satisfactoriamente.

**DISCUSIÓN:** La TA es una urgencia vital que precisa un manejo intensivo e idealmente identificar la arritmia causal y corregir factores precipitantes. La amiodarona es la droga de elección en su manejo y como alternativa la lidocaína. En casos refractarios como el expuesto se debe considerar métodos más invasivos como el bloqueo simpático quirúrgico o ablación por radiofrecuencia. Esta última se ha posicionado como piedra angular del manejo de este cuadro, con resultados satisfactorios de hasta un 91%.

**CONCLUSIÓN:** Este cuadro es poco frecuente, pero de elevada mortalidad, por lo que requiere alto grado de sospecha y un manejo intensivo. Es fundamental reconocer la arritmia causal y plantear manejo mediante ablación para controlar recurrencias y eventos adversos.

**PALABRAS CLAVE:** Cardiology, epidemiology, Radiofrequency Ablation.

**Autor Corresponsal:** [jndaniel.mc96@gmail.com](mailto:jndaniel.mc96@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O   C L Í N I C O

### Enfermedad de Hirschsprung: A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC018

**Autores:** Fernanda González<sup>1</sup>, Javiera González<sup>1</sup>, Karla Cárdenas<sup>1</sup>, Carolina Carrasco<sup>1</sup>

**Tutor:** Cristian Luna<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Interna de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

2. Cirujano Pediátrico. Servicio de Pediatría Hospital Dr. Victor Rios Ruiz, Los Ángeles, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de hirschsprung es un trastorno funcional congénito que se caracteriza por una aganglionosis colónica, lo que provoca obstrucción funcional baja por aumento de tonicidad intestinal, dada la contracción muscular sostenida. Tiene una incidencia 1/5000 nacidos vivos. Clínicamente se manifiesta con distensión abdominal, vómitos biliosos e intolerancia alimentaria, pudiendo evolucionar a megacolon, enterocolitis y muerte.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** RNT masculino, 38 semanas, nace por cesárea, egresó a las 72 horas alimentándose con LME, sin expulsión de meconio. Consulta a los 18 días por estreñimiento, distensión abdominal progresiva, vómitos de contenido alimentario y rechazo alimentario. Radiografía abdominal muestra distensión de asas hasta ampolla rectal donde se observa gran cantidad de contenido fecal. Se hospitaliza en UTI donde se realiza cifonaje dando salida a gas y deposiciones de mal olor en forma explosiva. El enema baritado muestra dilatación patológica de colon con cambio de calibre a nivel de sigmoides y recto. Se decide manejo médico hasta cirugía definitiva en un tiempo quirúrgico al cumplir peso adecuado. Se realiza biopsia rectal que informa Hirschsprung hacia distal del colon sigmoides.

Se re hospitaliza por enterocolitis y se realiza colostomía transversa derecha. Por sospecha de colección se realiza laparotomía exploradora, aislándose *Klebsiella pneumoniae* en cultivo intraabdominal, por lo que se trata con meropenem. Se da de alta con plan de realizar el descenso colónico al año de edad. Se cuenta con consentimiento informado de la madre.

**DISCUSIÓN:** La enfermedad de Hirschsprung es una enfermedad que debe diagnosticarse precozmente, dado que mientras mayor es la demora mayor es la incidencia de Enterocolitis, siendo >24% si se diagnostica luego de la primera semana de vida.

**CONCLUSIÓN:** Se requiere de esfuerzos compartidos entre profesionales de la salud y la familia para evitar complicaciones graves como la enterocolitis, que es la principal causa de morbilidad y mortalidad en niños con enfermedad de Hirschsprung

**PALABRAS CLAVE:** Hirschsprung Disease, Enterocolitis, Colonic Aganglionosis.

**Autor Corresponsal:** fernandabelengn@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Ictus criptogénico en mujer joven sin factores de riesgo, a propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC019

**Autores:** Ámbar Rosas,<sup>1</sup> Solange San Martín<sup>1</sup>, Carla Ortega<sup>1</sup>, Alanis Neculpan<sup>1</sup>

**Tutor:** Roxana Gayoso<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Interna de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.

2. Médica Endocrinóloga, Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos se caracterizan por presentar clínica según el territorio afectado. Son la segunda causa más común de mortalidad y discapacidad en el mundo. La mayoría son de causa cardio o tromboembólica, sin embargo, algunos ACV son indeterminados, o criptogénicos, donde incluyen Foramen Oval Permeable (FOP), posibles trastornos protrombóticos, y la presencia de dos o más posibles causas identificadas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino 44 años, sin antecedentes. Consultó en servicio de urgencias por cuadro compatible con ACV Silviano derecho, confirmado con Tomografía Computarizada (TC) Cerebro. Se realizó Trombectomía mecánica, evolucionando con transformación hemorrágica.

Estudio etiológico destacó Ecocardiograma Transesofágico informado con FOP. Resto de estudio normal. Se realizó Eco Doppler de Extremidades inferiores, evidenciando Trombosis Venosa Profunda Infrapoplíteas de Vena muscular Sólea izquierda. Se instaló Filtro de Vena Cava inferior. Pese a lo anterior, cursó con Tromboembolismo Pulmonar subsegmentario, informado en AngioTC de tórax, manejándose con BIC de Heparina.

Inició terapia anticoagulante, sin nuevos eventos. Evolucionó con mejoría clínica, por lo que se da de alta con control ambulatorio.

Paciente acepta y firma consentimiento informado para presentar su caso.

**DISCUSIÓN:** ACV criptogénico es un diagnóstico de exclusión, con investigación exhaustiva de las posibles etiologías, resultando sin causa probable ni evidencia definitiva de etiología determinada, ni evidencia de fibrilación auricular en electrocardiograma o monitorización cardíaca de 24 horas, como en este caso.

Ictus por intervención de FOP es una entidad aceptable, pero poco probada. Su manejo definitivo corresponde al cierre del foramen por vía percutánea, disminuyendo su recurrencia.

**CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de Ictus criptogénico es una entidad cada vez menos frecuente debido al avance de técnicas para el estudio etiológico, pero a pesar de esto, aún hay casos en que la etiología no es de total certeza. En estos, se debe sospechar persistencia de Foramen oval permeable.

**PALABRAS CLAVE:** Cryptogenic Stroke, Stroke, Patent Oval Foramen.

**Autor Corresponsal:** a.rosas02@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Infarto agudo al miocardio tipo v, diagnóstico de dolor torácico post cirugía de reperfusión miocárdica

**Código del Trabajo:** CC020

**Autores:** Francisca Castillo(AR)<sup>1</sup>, Esteban Palet<sup>1</sup>, Andrea Zambrano<sup>1</sup>, Francisca Zambrazo<sup>1</sup>

**Tutor:** Karla Durán<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Interno(a) de Medicina, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

2. Médica Cirujana, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Definimos Infarto agudo al miocardio (IAM) como necrosis miocárdica en contexto de isquemia miocárdica, diagnosticado típicamente mediante clínica y medición de enzimas cardíacas. De acuerdo al mecanismo podemos clasificar el IAM en 5 tipos, siendo el IAM Tipo 5 aquel relacionado a la injuria secundaria a la cirugía abierta de revascularización miocárdica, con una incidencia de 4-5% en periodo temprano y de hasta 11% a 10 años.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 60 años, antecedentes de Hipertensión arterial crónica, dislipidemia y diabetes mellitus no insulino requeriente, presenta cuadro compatible con síndrome coronario agudo, dado alto riesgo cardiovascular se realiza coronariografía que evidencia enfermedad de 3 vasos. Se hospitaliza en servicio de medicina y se realiza cirugía cardíaca, sin incidentes. En Unidad de paciente crítico evoluciona con angina postoperatoria inmediata, se interpreta como dolor postoperatorio normal, se describe drenajes pleurales permeables y se indica analgesia. Por persistencia de dolor, se controla electrocardiograma con aparición de nuevas ondas Q patológicas en pared inferior, enzimas cardíacas con alza sostenida y coronariografía evidencia estenosis de 85% en tercio proximal de arteria descendente anterior, se instala stent. Paciente evoluciona en óptimas condiciones, alta y control ambulatorio

**DISCUSIÓN:** La sospecha y diagnóstico de patología isquémica tanto en intra como postoperatorio no es fácil, principalmente por el uso de analgesia potente y las dificultades de caracterizar propiamente el dolor. Por otro lado a incidencia de IAM tipo 5 temprano es sólo de 5%, lo cual tiende a plantear poco frecuentemente un diagnóstico precoz

**CONCLUSIÓN:** La angina postoperatoria debe ser abordada como un síndrome coronario agudo, con una caracterización precisa del dolor, estudio completo y comparación con estudios pre procedimiento. Pese a su baja incidencia, en la actualidad contamos con alternativas inmediatas de resolución, por lo que su diagnóstico y manejo precoz es mandatorio, disminuyendo la mortalidad perioperatoria considerablemente.

**PALABRAS CLAVE:** Infarto al miocardio, Angina de Pecho, Puente de arteria coronaria

**Autor Corresponsal:** Kika.tasquillo@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Presentación atípica de enfermedad por arañazo de gato: Encefalitis por *Bartonella henselae*

Código del Trabajo: CC021

**Autores:** Javiera Del Río<sup>1</sup>, Cristóbal Opazo<sup>1</sup>, Catalina Alviña<sup>1</sup>, Bárbara Burgos<sup>1</sup>

**Tutor:** Iván Álvarez<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Residente de Pediatría, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** *Bartonella henselae* es un bacilo gramnegativo, cuyo principal reservorio son los gatos, quienes la transmiten, principalmente a niños y adolescentes, mediante arañazos, mordeduras o lamidos. La presentación típica de la infección es la enfermedad por arañazo de gato, sin embargo, un 20% desarrolla manifestaciones atípicas, presentándose compromiso neurológico en el 1-7% de los casos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Escolar de 9 años, sexo masculino, con antecedente de trastorno del espectro autista, es hospitalizado por estatus convulsivo y fiebre. Se realiza punción lumbar que revela hiperproteíorraquia. Evoluciona con hipotalia, bradipsiquia, irritabilidad, labilidad emocional, insomnio, conducta infantilizada, enuresis secundaria e imposibilidad para bipedestarse. Al examen presenta paresia en extremidad inferior derecha y ataxia. Se rescata antecedente de contacto con gato, solicitándose serología IgG para *Bartonella henselae*, resultando (+) en dilución 1:512, diagnosticándose encefalitis subaguda por *Bartonella henselae*. Se completa estudio destacando RM cerebral alterada, sin hallazgos para bartonelosis diseminada. Se inicia tratamiento con Rifampicina + Ceftriaxona, modificándose por Rifampicina + Doxiciclina por 56 días. Tutor responsable otorga consentimiento para presentación de caso.

**DISCUSIÓN:** El compromiso neurológico por *Bartonella henselae* es infrecuente, siendo la encefalopatía la presentación más prevalente. Diagnosticar presentaciones atípicas requiere una elevada sospecha, pudiendo resultar normales estudios de LCR e imágenes. La PCR tiene alta especificidad, pero menor sensibilidad que la serología, siendo la inmunofluorescencia indirecta el gold standard para diagnóstico, con valor de corte 1:256 diluciones. Existe escasa evidencia sobre el tratamiento en niños inmunocompetentes, sin embargo, Rifampicina + Doxiciclina ha mostrado beneficio en reportes de caso, sin una duración óptima definida.

**CONCLUSIÓN:** Pese a ser infrecuente, debemos tener un alto índice de sospecha de encefalitis por *Bartonella henselae* ante pacientes con síntomas neurológicos sin una etiología clara, asociado al antecedente de contacto con gatos. De esta manera, podemos realizar un estudio dirigido e iniciar tratamiento precozmente, disminuyendo el riesgo del desarrollo de otras complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** *Bartonella henselae*, Encefalitis, Bartonelosis

**Autor Corresponsal:** [jdelrio2016@udec.cl](mailto:jdelrio2016@udec.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Citomegalovirus como complicación en paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Historia de un caso

**Código del Trabajo:** CC022

**Autores:** Javiera González<sup>1</sup>, Carolina Carrasco<sup>1</sup>, Fernanda González<sup>1</sup>, Karla Cárdenas<sup>1</sup>

**Tutor:** Dr. Cristian González<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Internas Universidad San Sebastián.

2. Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital San José de Coronel, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Hasta el año 2020 habían 77.000 personas que vivían con VIH en Chile. Esta es una infección por retrovirus que destruyen a los linfocitos CD4+ y comprometen la inmunidad celular. El riesgo de que aparezcan otras manifestaciones es proporcional al recuento de linfocitos CD4+. Sus manifestaciones van desde la portación asintomática hasta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que se define por el desarrollo de diversas infecciones oportunistas o cánceres o por un recuento de CD4 < 200/mcL

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 50 años, con antecedentes de VIH desde el 2008, con mala adherencia a tratamiento, consulta por cuadro de dos semanas de evolución de paresia y dolor de tipo neuropático y miopático de extremidades inferiores, generando impotencia funcional. Se acompaña de constipación, dolor abdominal y vómitos.

Es evaluada por neurocirugía con TAC de cerebro y columna total, descartan lesiones neuroquirúrgicas e indican alta con impresión de neuropatía por VIH. En su centro se rescata información sobre recuento CD4:9 y carga viral:14700. Se evalúa por neurología y se realiza punción lumbar con resultados sugerentes de infección por citomegalovirus, por lo que se decide traslado a hospital de referencia. Se rescata PCR de citomegalovirus en LCR que informa 6789472 copias/mL. Se cuenta con consentimiento informado de la persona.

**DISCUSIÓN:** Es importante la detección temprana de infecciones oportunistas por otras cepas en el contexto de esta paciente que se encuentra inmunodeprimida por su patología de base, debido a la alta mortalidad que conllevan. La infección por citomegalovirus es poco común en estos pacientes y se presenta con recuentos de CD4<50. En el caso de la paciente se manifestó como polirradiculopatía.

**CONCLUSIÓN:** Adquiere gran importancia la terapia antirretroviral que ha conseguido disminuir la mortalidad, evitando complicaciones por infecciones oportunistas, y ha logrado retrasar de forma importante el tiempo hasta desarrollar SIDA.

**PALABRAS CLAVE:** HIV, Cytomegalovirus, Opportunistic Infections

**Autor Corresponsal:** javierapgn@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Pesquisa precoz de Atresia vía biliar como factor pronóstico.

Código del Trabajo: CC023

Autores: Joaquín Laroze<sup>1</sup>, Valentina Bernedo<sup>1</sup>, Francisca Martínez<sup>1</sup>, Valentina Cerdan<sup>1</sup>

Tutor: Felipe Castillo<sup>2</sup>

Afiliaciones:

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

2. Residente Cirugía Pediátrica, Universidad de la Frontera, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La atresia biliar (AB) es una entidad congénita infrecuente cuya prevalencia es de 0.5 a 0.8 por 10,000 nacidos vivos, de predominio femenino. Consiste en la fibrosis progresiva y posterior obstrucción de la vía biliar, evolucionando a cirrosis, que resulta fatal en un 90% de los casos antes de los 2 o 3 años de vida

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Paciente femenino de 2 meses, sin antecedentes. Consulta en SUI por ictericia de piel y escleras desde los 10 días de vida asociada a hepatomegalia y deposiciones acólicas.

Al laboratorio destaca: bilirrubina Total 10,29 mg/dL, Bilirrubina Directa 9,18 mg/dL Fosfatasas alcalinas 749 U/L GOT/GPT 183/125 U/L GGT 296 U/L. Ecografía abdominal: hígado sin alteraciones, vesícula biliar escasamente distendida y vía biliar intra/extrahepática de calibre normal. Evoluciona a falla hepática aguda por lo que dado cuadro clínico altamente sugerente de atresia de vía biliar, se realiza Portoenteroanastomosis de Kasai, se evidencia cordón fibrosos que reemplaza cístico y colédoco. Postquirúrgicamente evoluciona sin complicaciones, con mejora progresiva de función hepática. Rescatada biopsia destaca tejido hepático con colangiopatía obstructiva, fibrosis portal, compatible con hepatitis neonatal.

**DISCUSIÓN:** Patología de tratamiento quirúrgico exclusivo, se ha demostrado que la portoenteroanastomosis incrementa la supervivencia a 5 años entre 35 - 75%<sup>2</sup>, retrasando progresión natural de la enfermedad. Evidencian mejores resultados al realizarse antes de los 45 días. En consecuencia, la alta sospecha y la pesquisa precoz de signos de ictericia colestásica en el neonato tendrá directa relación con el pronóstico vital de los pacientes con AVB.

**CONCLUSIÓN:** El diagnóstico oportuno en la AB permite realizar la portoenteroanastomosis hepática tempranamente, siendo éste el factor más determinante para la supervivencia, por eso se debe tener una alta sospecha clínica ante pacientes con ictericia después de las 2 semanas de vida..

**PALABRAS CLAVE:** Biliary Atresia . Kasai Portoenterostomy. Neonatal Cholestasis

**Autor Corresponsal:** [Joaquin.laroze@gmail.com](mailto:Joaquin.laroze@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Demencia rápidamente progresiva, sospecha encefalitis autoinmune, un desafío diagnóstico en la práctica médica

**Código del Trabajo:** CC024

**Autores:** Catalina Oyarzún<sup>1</sup>, Catherine Sagredo<sup>1</sup>, Sofía Otero<sup>1</sup>, Sofía Quiroz<sup>1</sup>

**Tutor:** Marcela Grandjean<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Neuróloga Universidad de Chile. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco- Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Demencia rápidamente progresiva (DRP) es toda afección que produce un declive de las funciones cognitivas con compromiso de las actividades básicas de la vida diaria, de manera aguda o subaguda, con una evolución no superior a 2 años desde el inicio de síntomas. La ausencia de datos sobre su incidencia y multicausalidad plantean un desafío médico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Varón de 56 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, niega consumo de drogas y/o sustancias. Presenta cuadro de 6 meses de evolución de alucinaciones complejas, mareos, temblores, enuresis, trastorno de la marcha, lenguaje y memoria y compromiso de conciencia. Evaluado por neurología con resonancia: lesiones parenquimatosas infra y supratentoriales, con impregnación patológica, que plantean diagnóstico diferencial de una encefalopatía inmunomediada y origen inflamatorio crónico. Se hospitaliza para completar estudio, se descarta cuadro infeccioso, punción lumbar sin hallazgos, marcadores inmunológicos y estudio de tumor primario negativos. En contexto de probable encefalitis autoinmune se inicia pulsos de metilprednisolona, con mejoría parcial de lenguaje, atención, deglución y marcha. Realizándose nueva muestra LCR y sangre para estudio anticuerpos antineuronales paraneoplásicos y de encefalitis autoinmune, resultando negativos. Resonancia de control: múltiples pequeñas lesiones hiperintensas de aspecto desmielinizante supra e infratentoriales. Se indica alta, control ambulatorio y nuevo pulso de metilprednisolona. A los 4 meses paciente mutista, desconectado con el medio, postrado, con complicaciones infecciosas y status convulsivo que requirieron hospitalización, manejo conservador. Última resonancia: atrofia cortical global severa, lesiones hiperintensas de menor tamaño. Se obtiene consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** Pacientes con sospecha de encefalitis autoinmune al debut son más jóvenes y presentan predominantemente síntomas psiquiátricos. Los nuevos criterios diagnósticos favorecen el inicio precoz del tratamiento inmunosupresor, lo que se asociaría a mejor pronóstico.

**CONCLUSIÓN:** Las múltiples causas de DRP requieren un amplio estudio, descartando patologías reversibles, siendo relevante la sospecha clínica y derivación precoz para su manejo.

**PALABRAS CLAVE:** Demencia, Enfermedades autoinmunes, Encefalitis.

**Autor Corresponsal:** c.oyarzun07@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Cistoadenoma Seroso: A propósito de masa abdominal gigante en adolescente

**Código del Trabajo:** CC025

**Autores:** Javiera Ramírez F<sup>1</sup>, Valentina Vásquez A<sup>1</sup>, Valentina Cuevas<sup>1</sup>, Felipe González M.<sup>1</sup>

**Tutor:** Dr. Américo Torres<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Internos USS

2. Becado Ginecología y Obstetricia). Servicio de Ginecología Dr. Victor Rios Ruiz. Los Ángeles, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las masas anexiales son hallazgos relativamente comunes en niñas y adolescentes, siendo los tumores ováricos sólo un 1% de ellos. El cistoadenoma seroso es un tumor derivado del epitelio celómico superficial, común durante el período reproductivo. El 50% de ellos se presentan antes de los 40 años, siendo hasta el 80% benignos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 13 años, nuligesta, sin antecedentes mórbidos conocidos. Consulta en AP por cuadro de 1 año de evolución caracterizado por aumento de volumen abdominal progresivo, asociado hace 2 meses a dolor abdominal de predominio nocturno, constipación y disminución de apetito. Al Examen Físico presenta abdomen globuloso, doloroso a la palpación, Blumberg (-), sin otros hallazgos relevantes. Se solicita ecografía abdominal que informa gran formación quística compleja multiloculada con porción de aspecto sólida, ubicada craneal al útero, se extiende hasta hemiabdomen superior que mide aprox. 272x337x132 mm, por lo que se deriva a atención secundaria donde es evaluada por ginecología, se solicita TAC que descarta linfadenopatías y Marcadores tumorales negativo y se decide resolución quirúrgica la cual se realizó de forma exitosa y sin incidentes. Se recibe Biopsia: Cistoadenoma seroso multilocular de ovario con necrosis parcial. Durante hospitalización se conversa con madre quien autoriza presentación del caso.

**DISCUSIÓN:** La presentación clínica de los tumores anexiales puede ser desde asintomáticos, hasta debutar con un abdomen agudo, por lo que es fundamental, ante un dolor abdominal, tener en cuenta el origen anexial. Ante la presencia de un tumor abdominal de gran tamaño, es importante realizar un estudio completo para descartar patología tumoral maligna y así ofrecer el mejor tratamiento a las pacientes.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de no ser comunes los tumores ováricos en la adolescencia, ante el hallazgo de una masa abdominal gigante, es una entidad que debemos sospechar, sobretodo al ser la mayoría asintomáticos.

**PALABRAS CLAVE:** Tumor Anexial, Cistoadenoma Seroso, Dolor Abdominal

**Autor Corresponsal:** Jav2319@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Siringomielia idiopática, reporte de caso.

**Código del Trabajo:** CC026

**Autores:** Rocío Vásquez<sup>1</sup>, Cristian Sandoval<sup>1</sup>, Karina Romero<sup>1</sup>, Tamara Romero<sup>1</sup>

**Tutor:** Felix Montenegro<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Residente de Neurocirugía, Universidad de la Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La siringomielia corresponde al hallazgo de una dilatación quística expansiva intramedular. Es secundaria a malformación de Chiari en el 50% de los casos, siendo otras causas comunes el traumatismo raquímedular e infecciones. Su presentación de forma idiopática es poco frecuente.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente sexo femenino, 27 años de edad, con antecedentes de escoliosis dorsolumbar desde los 12 años. Consultó por cervicalgia y parestesias de extremidades superiores de 5 días de evolución. Se realizó resonancia magnética (RM) cervical que evidenció quiste siringomiélico cervical intramedular C2-C6 de aproximadamente 10 x 48 mm. Se hospitalizó en neurocirugía para estudio complementario. RM cerebro y columna completa descartó otras malformaciones del neuroeje. Pese a evolución con mantención de sintomatología sin progresión de ésta, se decidió en conjunto con el paciente no realizar manejo quirúrgico por riesgo/beneficio.

**DISCUSIÓN:** Las causas secundarias a malformaciones como el Chari corresponden a la etiología más común, descartándose en este caso con un completo estudio del neuroeje.

Si bien se ha descrito resolución espontánea del cuadro posterior a manejo conservador y sintomático, existe una alta tasa de malos resultados, por lo que el tratamiento etiológico es de elección, no lográndose realizar debido a la etiología desconocida. En caso de no conocerse etiología, el tratamiento quirúrgico debido a la clínica rápidamente progresiva en la mayoría de los casos. Ante sintomatología leve de predominio sensitivo, no progresión y posibles riesgos quirúrgicos, se decidió manejo conservador y seguimiento.

**CONCLUSIÓN:** La siringomielia idiopática es una malformación poco frecuente. Si bien la siringomielia no relacionada a dicha malformación es poco frecuente, debe ser conocida y estudiada para así definir indicación quirúrgica en el momento oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** Siringomielia, Malformación de Arnold-Chiari, malformaciones del sistema nervioso.

**Autor Corresponsal:** r.vasquez08@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Púrpura de Schonlein–Henoch en adultos: a propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC027

**Autores:** Carolina Morales Seguel<sup>1</sup>, Melisa Rojas<sup>1</sup>, Fernanda Soto<sup>1</sup>, Constanza Pinilla,<sup>1</sup>

**Tutor:** Macarena Palacios<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1Interna de Medicina, Universidad San Sebastián.

2.Médica EDF CESFAM, Pinares, Chiguayante.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La vasculitis por inmunoglobulina A, también conocida como púrpura de Schonlein- Henoch, es causada por depósito perivascular de IgA y activación neutrofílica. Su incidencia anual en adultos es de 1:1.000.000 de personas, en quienes puede presentarse en su forma más grave. Se caracteriza principalmente por púrpura palpable, artritis o artralgia, sangrado o dolor gastrointestinal y glomerulonefritis por depósito de IgA. .

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 18 años con antecedentes de hígado graso y obesidad, consulta por lesiones purpúricas y dolor en extremidades inferiores. Dentro de sus exámenes destaca hematuria con función renal conservada. Se decide manejo expectante con seguimiento de función renal. Posteriormente las lesiones purpúricas se extienden hasta el abdomen y extremidades superiores, asociadas a artralgia de manos, pies, intenso dolor abdominal y deterioro de función renal con proteinuria de 24 hrs de 2,5g. Se decide hospitalización para inicio de tratamiento con corticoides y manejo del dolor con buena respuesta. Se solicita consentimiento informado a paciente quien accede a firmar.

**DISCUSIÓN:** Lo imperativo en el manejo del púrpura de Schonlein-Henoch en adultos es mantener un seguimiento de la función renal y manejo oportuno de ésta. Se ha visto en revisiones retrospectivas de 250 pacientes, que casi un tercio de ellos desarrollaban insuficiencia renal dentro de los 4 meses posteriores a la aparición del púrpura.

**CONCLUSIÓN:** La vasculitis por IgA es una enfermedad autolimitada rara en adultos y se desconoce su afectación renal a largo plazo. El seguimiento y búsqueda de diagnóstico diferencial juega un rol fundamental.

**PALABRAS CLAVE:** Vasculitis, púrpura palpable, adulto.

**Autor Corresponsal:** [morales.seguel@gmail.com](mailto:morales.seguel@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Derrame pleural y lesión ulcerada como presentación de sarcoma en extremidad inferior. Reporte de caso.

**Código del Trabajo:** CC028

**Autores:** Jasmin Contreras<sup>1</sup>, Nicol Condeza<sup>1</sup>, Valentina Valenzuela<sup>1</sup>, Daniela Muñoz<sup>1</sup>

**Tutor:** Igor Jara<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción, Chile.

2. Médico cirujano, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los sarcomas de tejidos blandos (STS) comprenden menos del 1% de los tumores malignos en adultos. En base a su patrón morfológico incluye a más de 100 subtipos diferentes. Se cree que surgen de novo y no de una lesión benigna previa siendo una masa de crecimiento gradual e indolora la forma más común de presentación. El tratamiento depende del subtipo específico, pero en la mayoría se recomienda radioterapia más recepción quirúrgica de ser posible.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Mujer de 74 años consulta por disnea, ortopnea y edema de extremidades inferiores de 1 mes de evolución. Ingresa en fibrilación auricular manejada con control de frecuencia. Se observan imágenes de tórax con importante derrame pleural derecho y múltiples lesiones nodulares de aspecto metastásico. Al examen físico se evidencia tumor indurado en rodilla derecha de 10 centímetros, con ulcera y zonas necróticas en su interior. Ecografía de partes blandas: Tumor sólido quístico indeterminado y biopsia de piel de rodilla ulcerada con infiltración subdérmica por tumor maligno de alto grado, de aspecto mesenquimatoso con ulceración y necrosis compatible con sarcoma. Es evaluado por oncología decidiendo manejo paliativo.

**DISCUSIÓN:** La evaluación de un paciente con sospecha de STS debe incluir la primera vez que advirtió la masa, qué tan rápido creció y la existencia de síntomas que sugieran un compromiso neurovascular distal. En este caso la paciente hizo caso omiso a la lesión que no cicatrizaba a pesar de que previo a su aparición ella era autovalente lo que cambió drásticamente el último mes.

**CONCLUSIÓN:** El retraso en el diagnóstico de los STS es frecuente ya sea por la naturaleza indolora del tumor que no motiva a los pacientes a consultar o por las demoras en el estudio por parte del médico que la mayoría de las veces supone de benignidad.

**PALABRAS CLAVE:** Sarcoma, biopsia, derrame pleural

**Autor Corresponsal:** [Jasz.contreras.c@gmail.com](mailto:Jasz.contreras.c@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA COMO PRIMERA MANIFESTACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**Código del Trabajo:** CC029

**Autores:** Herta Sagredo<sup>1</sup>, Catherine Sagredo<sup>1</sup>, Catalina Oyarzún<sup>1</sup>, Omar Pereira<sup>1</sup>

**Tutor:** Fernando Gutiérrez<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno(a) Universidad de la Frontera.

2. Médico Universidad Mayor, Temuco.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El compromiso del tejido pulmonar, en particular la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), es una complicación frecuente en las enfermedades del tejido conectivo (ETC). Si bien cualquiera de ellas puede afectar el pulmón, clásicamente se ha descrito su asociación con esclerosis sistémica, miopatía inflamatoria y artritis reumatoide. Sin embargo, a pesar de considerarse como una manifestación infrecuente en LES, su prevalencia puede aumentar hasta el 10% en pacientes con debut tardío de esta enfermedad (>50 años).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 61 años, con antecedentes de epilepsia e HTA en tratamiento. Ingresó al servicio de Medicina del HCHA por cuadro de disnea de 8 meses de evolución, sin otros síntomas asociados. Exámenes de ingreso destacan linfopenia, VHS >100 y TAC de tórax con opacidades pulmonares bilaterales con características fibróticas en panel de abeja compatible con EPID con patrón de neumonía no usual. Estudio inmunológico evidenció marcadores ANA positivo con patrón ac18, antiDNAs positivo e hipocomplementemia C4. Panel de miositis con Anti Ro52 positivo. ANA, ANCA, AntiDNA negativos. Se establece diagnóstico de EPID como debut tardío de LES. Se realiza manejo con pulsos de metilprednisolona e hidroxicloroquina.

**DISCUSIÓN:** El compromiso pulmonar en las ETC es un problema creciente que incrementa significativamente la morbimortalidad de los enfermos. Resulta importante siempre considerar la causa autoinmune frente a un paciente con EPID. El inicio tardío de LES parece asociarse con mayor prevalencia al desarrollo de EPID con una fisiopatología similar a la observada en EPID idiopática donde la edad juega un rol preponderante.

**CONCLUSIÓN:** Las EPID son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de fibrosis y/o inflamación del intersticio pulmonar, su diagnóstico puede resultar fácil en pacientes con ETC conocida que desarrollan un patrón radiológico típico, pero puede significar un gran desafío en aquellos que debutan con EPID o presentan elementos clínicos incompletos. Lo anterior conduce a resaltar la importancia de los biomarcadores que detectan autoanticuerpos no sólo con fines diagnósticos, sino que también pronósticos.

**PALABRAS CLAVE:** enfermedad pulmonar intersticial difusa, Lupus eritematoso sistémico, enfermedad de tejido conectivo

**Autor Corresponsal:** nicol.sagredo@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Shock hipovolémico inducido por hidradenitis supurativa, reporte de caso

**Código del Trabajo:** CC030

**Autores:** Romina Venturelli<sup>1</sup>, Marcela Araneda<sup>1</sup>, Pablo Blaschke<sup>1</sup>

**Tutor:** Rocío Pinilla<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta zonas del cuerpo con abundante cantidad de glándulas apocrinas de etiología desconocida. Afecta a un 0,05-4,1% de la población, más común en mujeres con una relación 3:1. Las formas graves representan un 5-10% de los casos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 41 años con cuadro de 5 años de evolución de HS complicada con úlceras sangrantes en región abdominal, glútea e inguinal en curaciones por atención domiciliaria, semi-postrada. Fue derivada al servicio de urgencias por valor crítico de laboratorio con hemoglobina de 5,3 mg/dl y hematocrito de 19,9%, al examen físico pálida, con piel fría, hipotensa, en hemiabdomen inferior úlcera sangrante de baja cuantía de aproximadamente 20 centímetros de diámetro, de bordes netos y no supurativa, en zona glútea e inguinal múltiples úlceras, confluentes de bordes netos, fondo con sangrado escaso, no supurativas. Se administró 1 litro de suero fisiológico, se transfundió 2 unidades de glóbulos rojos con buena respuesta, se da de alta con seguimiento por dermatología y curaciones avanzadas en domicilio. Consentimiento informado entregado y firmado.

**DISCUSIÓN:** HS se inicia con la obstrucción de la unidad foliculopilosebácea con consecuente ruptura de la barrera inmune aumentando la probabilidad de infección y obstrucción creando así un círculo vicioso. El tratamiento se basa en manejo avanzado de heridas, uso de antibiótico si es necesario, pudiéndose apoyar con cirugía y tratamiento biológico. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran absedación, dolor crónico y postración, en literatura disponible no hay evidencia de shock hipovolémico con anemia severa como en este caso.

**CONCLUSIÓN:** La HS es una entidad poco frecuente, con un manejo desafiante para el clínico que puede llegar a presentar graves complicaciones que afectan la calidad de vida del paciente. La cirugía y tratamiento biológico debieran ser evaluados en este caso.

**PALABRAS CLAVE:** Hidradenitis suppurativa, anemia, shock

**Autor Corresponsal:** [r.venturelli01@ufromail.cl](mailto:r.venturelli01@ufromail.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Actinomicosis pulmonar en pediatría a propósito de un caso

Código del Trabajo: CC031

**Autores:** Romina Venturelli<sup>1</sup>, Marcela Araneda<sup>1</sup>, Pablo Blaschke<sup>1</sup>

**Tutor:** Rocío Pinilla<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La actinomicosis pulmonar es una patología producida por la infección de *Actinomyces* sp. Su incidencia en la población general es desconocida sin datos en población pediátrica, hay 62 casos en la literatura publicados. Diagnóstico complejo dada la necesidad de medios de cultivo especiales para su desarrollo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Escolar de 7 años eutrófica, talla normal, presentó cuadro de tres meses de evolución de tos con expectoración esporádica asociado a aumento de volumen y salida de secreción purulenta en hemitórax izquierdo. Se trató con múltiples esquemas antibióticos sin respuesta por lo que se completó estudio con scanner de tórax que mostró dos colecciones pulmonares comunicadas a pared torácica anterolateral izquierda de 3x8cm y en ángulo costofrénico ipsilateral de 1,3x1,1cm. Se realizó cultivo y Quantiferon, ambos negativos. Se programó pabellón para toma de biopsia que informó "fragmento de piel con proceso inflamatorio crónico inespecífico, en partes granulomatoso, con células gigantes multinucleadas de tipo reacción por cuerpo extraño", hallazgo compatible con actinomicosis. Se ajustó tratamiento antibiótico a ampicilina completando 28 días. Asintomática y con fistula sin secreción se decide alta.

Se entrega consentimiento informado a representante legal, quien firma conforme.

**DISCUSIÓN:** Casos descritos en la literatura destacan la gran dificultad en el diagnóstico, la mayor parte de ellos con necesidad de estudio histopatológico como en este caso. Cuadros de síntomas respiratorios asociados a fistula cutánea suelen ser tratados por separado, buscar la conexión de estos en un paciente logra diagnósticos certeros como en este caso.

**CONCLUSIÓN:** La principal complicación de esta patología es la dificultad para llegar al diagnóstico, además, la lenta recuperación que tiene luego de iniciado el tratamiento, por lo que es imperante la investigación epidemiológica de esta enfermedad en niños, logrando así un lugar como diagnóstico diferencial e iniciar manejo a la brevedad.

**PALABRAS CLAVE:** Actinomycosis, Child, Lung Abscess

**Autor Corresponsal:** r.venturelli01@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## Cáncer testicular mixto con presentación agresiva. A propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC032

**Autores:** Marcelo Navarrete<sup>1</sup>, Andrés Aguilar<sup>1</sup>, Pedro Muñoz<sup>1</sup>, Jorge Aguilera<sup>1</sup>

**Tutor:** Dr. Fabián Moraga<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Residente de Urología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

---

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer testicular representa el 1 - 1,5% de las neoplasias masculinas y el 5% de los tumores urológicos del hombre. Los tumores de células germinales representan el 95% de ellos, con tipos histológicos tanto seminomas como no seminomas. Estos pueden presentarse puros o en forma mixta.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 18 años, sin antecedentes. Consulta por cuadro de 6 meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen testicular indoloro y baja de peso (15 kilos aproximadamente). Ecotomografía testicular evidencia tumor testicular izquierdo de 7 x 6.5 x 11 cm de diámetro, testículo derecho indemne. Marcadores tumorales:  $\beta$ -HCG 550768 mU/mL, LDH 2212 U/L, alfa fetoproteína 2.6 ng/mL. Tomografía computarizada (TC) contrastada de cerebro, tórax, abdomen y pelvis revela lesiones pulmonares, hepáticas, esplénicas y cerebral de aspecto metastásico. Se realiza orquiectomía radical, sin incidentes. Se inicia quimioterapia BEP (bleomicina, etopósido y cisplatino) más radioterapia cerebral. Biopsia informa tumor mixto (coriocarcinoma + teratoma).

Autorizado con consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** El cáncer testicular avanzado como presentación inicial es poco frecuente y suele asociarse a consulta tardía. Para etapificación se utilizan marcadores tumorales y TC. En este caso permite evidenciar la presencia de múltiples metástasis lo que define el pronóstico y tratamiento. Por su parte, niveles elevados de  $\beta$ -HCG y enfermedad diseminada al momento del diagnóstico corresponden a elementos orientadores de un coriocarcinoma, caracterizado por su agresividad y metástasis hemorrágicas (síndrome coriocarcinoma).

**CONCLUSIÓN:** El cáncer testicular corresponde al tumor sólido más frecuente en hombres entre los 20-34 años, habitualmente se presenta como una masa indolora de crecimiento progresivo y tan solo el 10% consulta por síntomas de metástasis. Buen pronóstico, en etapas precoces sobrevive a 5 años para enfermedad localizada y diseminada a ganglios regionales del 99% y 96% respectivamente. El pronóstico en este caso es pobre, con supervivencia a 5 años de aproximadamente 50%.

**PALABRAS CLAVE:** Testicular Neoplasms, Cancer, Germ Cells, Neoplasms, Germ Cell and Embryonal, Neoplasm Metastasis.

**Autor Corresponsal:** m.navarrete11@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Insulinoma como causa de hipoglicemia refractaria, a propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC033

**Autores:** Paulina Barra<sup>1</sup>, Francisca Castillo<sup>1</sup>, Andrea Zambrano<sup>1</sup>, Esteban Palet<sup>1</sup>

**Tutor:** Karla Durán<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médica Cirujana, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El insulinoma corresponde a una neoplasia neuroendocrina pancreática, habitualmente benigna. Clínicamente se caracteriza por hipersecreción de insulina, causando hipoglicemia persistente y de difícil manejo médico.

Pese a ser la causa más frecuente de hiperinsulinismo endógeno, como causa de hipoglicemia es poco frecuente. A continuación se presenta un caso clínico de insulinoma como causa de hipoglicemia refractaria a manejo médico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 77 años fue llevada a CESFAM Chol Chol por cuadro caracterizado por disminución de nivel de conciencia y desorientación. En la evaluación se pesquisó hipoglicemia severa, con escasa respuesta a suero glucosado (SG). Debido a refractariedad de hipoglicemia, se trasladó a Hospital Intercultural de Nueva Imperial.

Ingresó a hospitalización, durante la cual presentó múltiples episodios de hipoglicemia con escasa respuesta a SG en bolo, manejándose con bomba de infusión continua. Luego de descartar otras causas de hipoglicemia, se inició estudio de insulinoma, por lo que se trasladó a Hospital Hernan Henríquez Aravena para estudio funcional e imagenológico.

Se realizó prueba de ayuno, resultando compatible con hiperinsulinismo endógeno. Posteriormente se realizó PET-CT identificándose nódulo en cuerpo pancreático con sobreexpresión de receptores de somatostatina, compatible con neoplasia neuroendocrina. Se programó resolución quirúrgica del cuadro, resultando en óptimas condiciones.

**DISCUSIÓN:** Dentro del estudio de hipoglicemia, se debe descartar origen exógeno y endógeno, siendo estas últimas menos comunes. Para realizar diagnóstico de insulinoma se debe tener una alta sospecha diagnóstica, debido a que sus síntomas, neuroglucopénicos y neurovegetativos, pueden ser muy variados, lo cual habitualmente retrasa el diagnóstico.

El estudio diagnóstico de elección es el funcional, siendo la prueba de oro el test de ayuno. No se debe optar por realizar estudio imagenológico antes, debido a la posibilidad de incidentaloma.

**CONCLUSIÓN:** Al enfrentarse a hipoglicemias refractarias, es importante la alta sospecha diagnóstica, procurando no retrasar el diagnóstico para poder optar a manejo precoz y oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** Insulinoma, hipoglicemia, neoplasias.

**Autor Corresponsal:** pbarraortiz@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Carcinoma Neuroendocrino mamario a propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC034

**Autores:** Constanza Pinilla<sup>1</sup>, Carolina Carrasco<sup>1</sup>, Javiera González<sup>1</sup>, Fernanda González<sup>1</sup>

**Tutor:** Emilio Sandoval<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna 7mo año, Universidad San Sebastián, Concepción.

2. Cirujano de Mama (Docente USS), Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El tumor neuroendocrino (TNE), representa <1% de tumores malignos de glándula mamaria. Posee baja agresividad, muchos carcinomas ductales o lobulillares, asociados o no a niveles elevados de receptores estrógenos y progesterona, pero por inmunohistoquímica suelen ser positivos para uno o más marcadores neuroendocrinos. Estas lesiones no presentan características clínicas ni imagenológicas que permitan sospechar TNE, tampoco presentan manifestaciones clínicas sistémicas relacionadas con secreción hormonal.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina 74 años, antecedentes Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, derivada a policlínico de centro referencia por Mamografía, masa retroaereolar mama izquierda BIRADS-5/ACR-B y Ecografía, gran masa mamaria retroaereolar 6x5cm, BIRADS-5. Examen físico, mama izquierda, unión cuadrante superiores, se palpa masa 8cm diámetro, compromiso cutáneo y retracción pezón. Se realizó biopsia core, receptores estrógeno y progesterona positivos, HER2 negativo, KI67-20% Luminal A. Pero inmunohistoquímica Luminal B. Se inició manejo como Luminal A debido a edad y comorbilidades, sumado a estadio local, indicando; TAC tórax, abdomen, pelvis; nódulos mama izquierda, adenopatías axilares ipsilateral aspecto neoplásico. TAC Cerebro, lesión lítica hueso frontal derecho, compatible con metástasis.

Mastectomía total izquierda, sin disección axilar. Biopsia, Cáncer ductal infiltrado, moderadamente diferenciado, linfangitis carcinomatosa, centinela+ 12mm compromiso perinodal, axila nivel1 linfonodo más metástasis 15mm compromiso perinodal. Informe complementario, Carcinoma Neuroendocrino mamario y metástasis.

Se presentó a comité oncológico, indicando radioterapia sitios específicos, quimioterapia, cuidados paliativos, sin disección axilar.

**DISCUSIÓN:** La incidencia TNE mamario es baja y componente in situ es esencial para determinar tratamiento, una vez descartado tumor carcinoide extramamario continua con tratamiento quirúrgico y/o adyuvante, así como en este caso; además, siempre considerando factores pronósticos, estadio tumoral y características del paciente..

**CONCLUSIÓN:** Los TNE mamaros constituyen una entidad poco frecuente. Marcadores neuroendocrinos han permitido diferenciación. Descartado origen metastásico, el tratamiento no difiere del tratamiento de otro tipo de cáncer mamario, en función de factores pronósticos y estadio tumoral.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinoma Neuroendocrino; Inmunohistoquímica; Marcadores Neuroendocrinos

**Autor Corresponsal:** constanzapinilla.h@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Fractura femoral bilateral en paciente con artroplastía total de cadera bilateral: reporte de un caso

**Código del Trabajo:** CC035

**Autores:** Juan Pablo Casas-Cordero<sup>1</sup>, Ricardo Koch<sup>1</sup>, Sebastián Bianchi<sup>1</sup>

**Tutor:** Diego Edwards<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

2. Médico Traumatólogo Clínica Alemana, Docente Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. Tutor de trabajo.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las fracturas femorales se producen generalmente secundarias a eventos de alta energía. Solo un 10% se presentan de forma bilateral, siendo estos casos de menor prevalencia pero mayor morbimortalidad, de este grupo, menos del 1% son en presencia de artroplastías.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 71 años, sin comorbilidades, con antecedente de artroplastía total de cadera bilateral por coxartrosis severa, es trasladada a urgencias por accidente de tránsito con compromiso en ambos muslos. Ingresó hipotensa, pulsos presentes y deformidad evidentes en ambas extremidades. Radiografía de ingreso evidencia fractura periprotésica bilateral, expuesta al lado izquierdo. Se realiza aseo con suero fisiológico, se inicia tratamiento antibiótico y posterior osteosíntesis definitiva con placa "Locking Compression Plate" (LCP) bilateral. En lado derecho se colocan 6 tornillos epifisarios bloqueados, 2 bicorticales bajo vástago y 2 monocorticales a nivel de vástago. En lado izquierdo se colocan 5 tornillos epifisarios bloqueados, 3 bicorticales bajo vástago y debido al escaso espacio proximal se instalan 3 tornillos monocorticales bloqueados y cable Stryker con adecuada tensión. La paciente evoluciona de forma favorable, con adecuada recuperación posterior, otorga el consentimiento para exponer su caso clínico.

**DISCUSIÓN:** El manejo quirúrgico de las fracturas femorales periprotésicas varía según diversos factores, siendo uno de los principales el segmento comprometido. Siendo este caso una fractura diafisaria, se recomienda una osteosíntesis por medio de placas y tornillos, asociado o no a aloinjertos de recubrimiento cortical. En ocasiones, el espacio cortical es reducido, por lo que se recomienda acompañar los tornillos monocorticales con cables estabilizadores, tal como se preseta en este caso. Basado en la literatura y las recomendaciones según guías, el manejo de esta paciente fue adecuado y satisfactorio, guiado por el segmento diafisario comprometido, respetando la anatomía, el espacio cortical y la presencia de artroplastía previa.

**CONCLUSIÓN:** Las fracturas periprotésicas resultan ser un desafío traumatológico, habitualmente requiriendo resolución quirúrgica de alta complejidad, con importante planificación preoperatoria. Si bien es poco prevalente la presentación bilateral, está asociado a mayor trauma y requiere de mayores cuidados, por lo que debemos estar preparados.

**PALABRAS CLAVE:** artroplastía total de cadera, fémur, osteosíntesis

**Autor Corresponsal:** jcasascorderoe@udd.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Diagnóstico prenatal de placenta succenturiata oclusiva: Reporte de un caso

Código del Trabajo: CC036

**Autores:** Leslie Flores<sup>1</sup>, Javiera Del Río<sup>1</sup>, Cristóbal Opazo<sup>1</sup>, Valentina Muñoz<sup>1</sup>

**Tutor:** Dr. Carlos Smith Gahona<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La placenta succenturiata es una anomalía placentaria, se presentan uno o más lóbulos accesorios fuera del cuerpo placentario, conectados mediante vasos sanguíneos. La incidencia es 1,04%, diagnosticándose sólo un 13% antenatalmente, sin embargo, debe buscarse en este período por la posibilidad de compromiso de la unidad materno-fetal.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Gestante de 40 años, multípara de 2, cursando embarazo de 35 semanas, con diagnóstico prenatal de placenta de inserción baja, consulta en urgencias por genitorragia. Se realiza ecografía transabdominal observándose placenta normoinsera anterior. Por sospecha de placenta previa, se realiza ecografía transvaginal que informa placenta previa oclusiva total, diagnosticándose Placenta Succenturiata Oclusiva. Se decide interrumpir embarazo a las 35 + 3 semanas mediante cesárea y se realiza alumbramiento manual, que objetiva placenta con zonas de desprendimiento en polo superior. Posteriormente evoluciona con inercia uterina, manejándose con uterotónicos. Paciente otorga consentimiento para presentación de caso.

**DISCUSIÓN:** Los principales factores de riesgo asociados a la placenta succenturiata son la edad materna avanzada y antecedente de fertilización in vitro. El principal obstáculo diagnóstico con la ecografía transabdominal es la interposición fetal, dificultando la visibilidad de lóbulos placentarios posteriores, siendo fundamental complementar el estudio con ecografía transvaginal. Se asocia a complicaciones como hemorragia postparto, vasa previa y placenta previa, esta última con incidencia de 1,6%. Respecto al manejo existe escasa evidencia, sin indicación absoluta de cesárea. Confirmado el diagnóstico en el postparto, el tratamiento de elección es alumbramiento manual.

**CONCLUSIÓN:** Pese a ser infrecuente, el médico debe estar familiarizado con la entidad, debido al aumento de gestantes tardías. Además, en caso de metrorragia sin causa aparente, es importante considerar la existencia de un lóbulo succenturiado adherido a la pared uterina posterior, condición que debe buscarse dirigidamente mediante ecografía transvaginal.

**PALABRAS CLAVE:** Placenta succenturiata, Placenta, Anomalías placentarias

**Autor Corresponsal:** [Lesliefloresg10@gmail.com](mailto:Lesliefloresg10@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O   C L Í N I C O

### Disfunción patelofemoral por lateralización de tuberosidad anterior de la tibia: reporte de un caso

Código del Trabajo: CC037

**Autores:** Juan Pablo Casas-Cordero<sup>1</sup>, Ricardo Koch<sup>1</sup>, Sebastián Bianchi<sup>1</sup>

**Tutor:** Diego Edwards<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

2. Médico Traumatólogo Clínica Alemana, Docente Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. Tutor de trabajo.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La luxación patelar da cuenta de un 3% de todas las lesiones de rodilla. Esta entidad cabe dentro de un espectro de patologías catalogado como disfunción o inestabilidad patelofemoral, el cual resulta ser una alteración extremadamente limitante en pacientes jóvenes y activos, siendo los pacientes de 10 a 16 años y mujeres los más afectados. Si bien no es una patología de alta prevalencia, posee una alta morbilidad asociada.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 35 años presenta múltiples episodios de luxación patelar izquierda en los últimos 6 años, sin otros antecedentes mórbidos relevantes. Estudio imagenológico de la anatomía de la extremidad inferior revela una lateralización de la tuberosidad anterior de la tibia (TAT), con el consiguiente aumento del ángulo Q de la extremidad. Se realizó un realineamiento proximal y distal de la patela.

Proximal: reconstrucción del ligamento patelofemoral medial (LPFM) mediante el uso de autoinjerto de semitendinoso. Distal: se realizó una osteotomía de anteromedialización de la TAT mediante técnica de Fulkerson, fijándola con 2 tornillos de pequeño fragmento.

Esta información fue otorgada con el consentimiento de la paciente.

**DISCUSIÓN:** La literatura sostiene que el tratamiento de primera línea para la inestabilidad patelar es la terapia física, enfocada en el reforzamiento de la musculatura del cuádriceps, cadera y glúteos. No obstante, ciertas variables como la inestabilidad crónica o las lesiones osteocondrales son indicaciones para manejo quirúrgico. Con respecto a este último, la literatura sostiene que los pacientes requerirán uno o más de estos 3 procedimientos: reconstrucción del LPFM, realineamiento de la tuberosidad tibial o la trocleoplastia. En el caso descrito, destaca que la paciente pertenece al sexo y rango etario más afectado por esta patología: mujeres jóvenes. Además, la posición lateralizada de la TAT era el factor predisponente a la luxación. Ante esto, una anteromedialización de la TAT mediante osteotomía de Fulkerson más la reconstrucción del LPFM era una de las alternativas adecuadas de manejo según la evidencia.

**CONCLUSIÓN:** La inestabilidad patelofemoral es una condición que puede llegar a ser invalidante y afecta principalmente a mujeres jóvenes. Las guías actuales postulan que existen múltiples opciones quirúrgicas, sin una preferencia clara. Ante esto, es perentorio extender el estudio y planificar para cada caso con el fin de lograr una mayor tasa de éxito.

**PALABRAS CLAVE:** disfunción patelofemoral; luxación patelar; osteotomía de fulkerson

**Autor Corresponsal:** [jcasascorderoe@udd.cl](mailto:jcasascorderoe@udd.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Poliposis Adenomatosa Familiar: A propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC038

**Autores:** Arturo Gallardo<sup>1</sup>, Gustavo Gallardo<sup>1</sup>, Sergio Araya<sup>1</sup>, Claudio Romero<sup>1</sup>

**Tutor:** Pablo Vilca<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Cirujano. Becado Cirugía General, Hospital Clínico Universidad de Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Cáncer de colon, el tercer cáncer más frecuente en el mundo. 95% de histología adenocarcinoma, el pólipo suele ser su punto de partida. Enfermedad inicialmente asintomática, pero que a mayor tiempo de evolución adquiere mayor morbimortalidad. Así, el principal objetivo del tamizaje (Test hemorragia oculta en deposiciones y colonoscopia) es eliminar lesiones precursoras y el diagnóstico precoz. De aparición esporádica en 80-90%, y solo en un 10-20% hereditario entre los que se encuentran: Síndrome de Lynch y Poliposis adenomatosa familiar (PAF). PAF con prevalencia 1/8000-18000 hab. , herencia autosómica dominante y penetrancia casi completa. Prácticamente el 100% desarrollará cáncer colorrectal.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino 52 años, sin antecedentes familiares neoplásicos, con historia de 2 años de evolución de rectorragia, rojo oscuro sin mal olor. Además baja de peso (7 kg) en el último mes. Se realiza colonoscopia que muestra más de 100 pólipos, algunos sobre 3 cm. En sigmoide distal 2 lesiones con aspecto neoplásico. Biopsia confirma adenocarcinoma tubular medianamente diferenciado y ulcerado infiltrante en mucosa colónica. Sin evidencia de diseminación en estudio imagenológico. Se realiza colectomía total vía laparoscópica con anastomosis ileorectal latero-terminal, procedimiento sin incidentes. Evoluciona estable y asintomático en plan de continuar controles en policlínico.

**DISCUSIÓN:** PAF, manera infrecuente de presentación de cáncer de colon, contando con criterios establecidos para su sospecha y diagnóstico.

Fundamental es indagar y realizar un tamizaje en la familia del paciente, para tener nuevamente la posibilidad de un diagnóstico precoz.

**CONCLUSIÓN:** Ante la confirmación es necesario tratar tanto la enfermedad del paciente así como el riesgo propio y de su familia, requiriendo siempre un manejo multidisciplinario.

**PALABRAS CLAVE:** Poliposis adenomatosa familiar, Cáncer colorrectal, Hemorragia digestiva baja.

**Autor Corresponsal:** [arturogallardo@ug.uchile.cl](mailto:arturogallardo@ug.uchile.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Diverticulitis Aguda en paciente con Mieloma Múltiple

**Código del Trabajo:** CC039

**Autores:** Arturo Gallardo<sup>1</sup>, Gustavo Gallardo<sup>1</sup>, Sergio Araya<sup>1</sup>, Claudio Romero<sup>1</sup>

**Tutor:** Pablo Vilca<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Cirujano. Becado Cirugía General, Hospital Clínico Universidad de Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Divertículos, la alteración anatómica mas frecuente del intestino grueso. Sus principales factores: presión intracolónica, debilidad de pared y condiciones del paciente. Aproximadamente 4% desarrollara Diverticulitis Aguda (DA), que corresponde a la inflamación del divertículo con o sin perforación. La clasificación de Hinchey es la más utilizada, guiando el manejo apropiado en distintas presentaciones..

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina 70 años, consentimiento informado firmado, antecedente de diverticulosis y mieloma múltiple en quimioterapia, refiere cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por dolor en fosa iliaca izquierda opresivo, intensidad 9/10 asociado a fiebre 38°C. Parámetros inflamatorios elevados.

Estudio imagenológico describe: “Signos de peritonitis localizada en la pelvis, posiblemente secundaria a DA perforada , colección hidroaérea en fondo de saco rectouterino 58x31 mm y leve cantidad liquido peritoneal”. Interpretado como DA Hinchey II, se indica tratamiento antibiótico y drenaje. Sin embargo a la espera del procedimiento, evoluciona con cambio en características del dolor y aumento de parámetros inflamatorios, motivos suficientes que sumados al contexto de paciente inmunosuprimida, apoyan recatalogar la enfermedad como DA Hinchey III. Se realiza cirugía de Hartmann. sin complicaciones. Hallazgos de peritonitis purulenta en 4 cuadrantes. Evoluciona estable, con gran alivio sintomático. Seguimiento ambulatorio, para planificar reconstitución del transito.

**DISCUSIÓN:** Diverticulosis, un hallazgo muy frecuente en la población. En baja proporción presentarán síntomas y usualmente tendrán buena respuesta al manejo médico. Sin embargo, la DA tiene distintas presentaciones en donde la evaluación clínica y complementaria de laboratorio e imágenes es indispensable.

**CONCLUSIÓN:** DA es un espectro de enfermedad, cuadro leves a fulminantes. Resulta fundamental la sospecha y vigilancia clínica..

**PALABRAS CLAVE:** Diverticulosis, Diverticulitis Aguda, Mieloma Múltiple.

**Autor Corresponsal:** [arturogallardo@ug.uchile.cl](mailto:arturogallardo@ug.uchile.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Taquiarritmia de QRS ancho... ¿TV hasta que se demuestre lo contrario?

**Código del Trabajo:** CC040

**Autores:** Catalina Schade<sup>1</sup>, Carolina Aburto<sup>1</sup>, Melisa Rojas<sup>1</sup>, Constanza Pinilla<sup>1</sup>

**Tutor:** Pamela Torres<sup>2</sup>, María Fernanda Barra Friz<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián
2. Médico cirujano Universidad San Sebastián
3. Médico cirujano Universidad Católica de la Santísima Concepción.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Wolff Parkinson White es una arritmia infrecuente que se presenta hasta en 1% de la población mundial. Su presentación electrocardiográfica es variable. La reentrada antidrómica se da sólo hasta en un 11% de los casos, presentándose como una taquicardia de QRS ancho con preexcitación. Además, se ha evidenciado un mayor riesgo de muerte súbita por degeneración de FA preexcitada en fibrilación ventricular.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 43 años sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta en SAR por dolor precordial tipo punzante que inició mientras soldaba; EVA 10/10 sin irradiación, asociado a palpitaciones, disnea, sudoración. FC 176. Se realiza ECG que muestra una Taquicardia irregular de complejo ancho. Se le administra Adenosina de forma repetida 6mg-6mg-12mg sin mejoría. CSV posterior: FC 256 lpm, hipotenso y obnubilado. Se realizó CV eléctrica previa sedación, dando paso a ritmo sinusal con FC 76, PA 116/86. Se deriva a atención secundaria. Nuevo ECG con ritmo sinusal y preexcitación con vía accesoria lateral izquierda. Se decide Hospitalización en UCI cardiología para observación y estudio. Posteriormente es derivado para EEF y posterior ablación de haz paraespecífico, lo cual se realiza de forma exitosa.

**DISCUSIÓN:** Es nuestra responsabilidad ser capaces de identificar una arritmia en el ECG antes de decidir su manejo. Al enfrentarnos ante una taquiarritmia irregular de QRS ancho, la Adenosina podría inducir una FA rápida, degenerándose a FV pudiendo ser mortal. En el caso del WPW por reentrada antidrómica es preferible usar fármacos dirigidos a las vías accesorias.

**CONCLUSIÓN:** Es esencial saber interpretar un ECG para evitar manejos inadecuados que pudieran ser letales. Una Taquicardia de QRS ancho se debería interpretar como TV hasta que se demuestre lo contrario, ya que así evitaríamos consecuencias letales.

**PALABRAS CLAVE:** QRS ancho, reentrada antidrómica, Adenosina.

**Autor Corresponsal:** Catalina.schade@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Tricobezoar gástrico, reporte de caso

**Código del Trabajo:** CC041

**Autores:** Stephanie Lopez<sup>1</sup>, Pedro Muñoz<sup>1</sup>, Andrés Aguilar<sup>1</sup>, Solange San Martín<sup>1</sup>

**Tutor:** Guillermo Aguilera<sup>2</sup>,

**Afiliaciones:**

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

2. Becado de Medicina Interna, Universidad de La Frontera

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los bezoares son colecciones de material extraño indigerible, acumulables en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, de preferencia en estómago.<sup>1</sup> Los tricobezoares es el tipo más común y corresponden a bezoares compuestos por cabello.<sup>4</sup> Es una enfermedad rara que se presenta en el 0,06-4% de la población, y el 90% de los casos son mujeres. Está asociado a desórdenes psiquiátricos subyacentes como tricofagia y tricotilomanía.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 4 años, sexo femenino, acude por cuadro de dolor abdominal agudo tipo cólico, inapetencia, náuseas, ausencia de deposiciones. Al examen físico destaca distensión abdominal, timpanismo, masa abdominal epigástrica indurada, móvil, dolorosa a la palpación. Exámenes de laboratorio muestran leucocitosis 13.900, PCR 26. Rx abdominal: masa epigástrica, sin niveles hidroaéreos. TC de abdomen: contenido heterogéneo que se amolda al estómago con los caracteres de un Tricobezoar. Más la presencia de otras 3 imágenes endoluminales similares asociadas a invaginaciones focales. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia estómago ocupado por Tricobezoar, 2 zonas de invaginación a nivel ileoileal y 1 en yeyuno proximal con perforación a 10 cm del ángulo de Treitz. Se realiza gastrectomía y resección en cuña de intestino perforado con anastomosis termino-terminal.

**DISCUSIÓN:** No todos los casos de tricotilomanía tienen tricofagia, de la misma manera que no todos los pacientes con tricofagia tendrán tricobezoar.<sup>2</sup> Se estima que la mitad de los pacientes con tricofagia desarrollan tricobezoares, por lo que es importante identificar este riesgo en los pacientes con tricotilomanía.

**CONCLUSIÓN:** El tricobezoar es poco frecuente y se debe considerar en mujeres jóvenes con antecedente psiquiátrico. Sin el antecedente de tricofagia la sospecha puede confundirse con otros cuadros de menor gravedad, aumentando el riesgo de complicaciones. Es aquí donde el estudio imagenológico detallado juega un rol fundamental para establecer un diagnóstico prequirúrgico y poder resolver de forma oportuna.

**PALABRAS CLAVE:** Bezoares; Tricotilomanía; Obstrucción Intestinal; Tricobezoars

**Autor Corresponsal:** s.lopez04@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Calcinosis tumoral en paciente con enfermedad renal crónica terminal y síndrome de Seckel.

Código del Trabajo: CC042

**Autores:** Andrea Fuentes<sup>1</sup>, Andrea Collipal<sup>1</sup>, Camila Cumicheo<sup>1</sup>, Felipe Farías<sup>1</sup>

**Tutor:** Juan Sandoval<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Residente 3er año Ortopedia y Traumatología Adulto, Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La calcinosis tumoral es una complicación infrecuente en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, que se caracteriza por el depósito de fosfato de calcio en tejidos blandos periarticulares, constituyendo parte del diagnóstico diferencial de algias articulares..

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 33 años, antecedente de síndrome de Seckel, ERC etapa V en peritoneodiálisis. Consulta por 6 meses de omalgia derecha, sin antecedente traumático. Al examen físico se observa fenotipo concordante a genopatía, leve edema en hombro derecho, dolor al movimiento contrarresistencia, rango osteomuscular conservado y sin alteración neurovascular. Estudio imagenológico con ecotomografía, radiografía, TC y RM informa: tumoración por depósitos de calcio en articulación acromioclavicular derecha. Se realiza manejo quirúrgico con buena evolución postoperatoria. Se solicita consentimiento informado para publicación de caso.

**DISCUSIÓN:** Dentro de las enfermedades más prevalentes causantes de omalgia, se describe en la literatura el síndrome del manguito rotador como la patología más frecuente. Sin embargo, en este caso, los antecedentes del paciente obligan a ampliar el diagnóstico diferencial, buscando patologías infrecuentes como lo es la calcinosis tumoral, cuyo estudio amerita imagenología. Con respecto, al síndrome de Seckel, genopatía que se manifiesta por talla baja, microcefalia, retraso en desarrollo psicomotor y facie característica (cabeza de pájaro), no se ha descrito asociación en la literatura a una mayor incidencia de lesiones pseudotumorales u otra patología musculoesquelética.

**CONCLUSIÓN:** Este caso clínico busca dejar precedentes sobre la importancia de considerar la calcinosis tumoral dentro del abanico diagnóstico en algia articular, especialmente en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, siendo indispensable el estudio radiológico como parte del diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** Falla renal crónica, calcinosis, síndrome de Seckel.

**Autor Corresponsal:** andyfuentes19@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Drenaje venoso anómalo total: Reporte de caso

**Código del Trabajo:** CC043

**Autores:** Valentina Cerdán<sup>1</sup>, Joaquín Laroze<sup>1</sup>, Francisca Martínez<sup>1</sup>, Camila Melo<sup>1</sup>

**Tutor:** Michael Sotol<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Médico cirujano, Universidad de la Frontera Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El drenaje venoso anómalo pulmonar total (DVPAT) es una cardiopatía congénita donde las venas pulmonares no drenan en la aurícula izquierda, sino en territorio venoso sintético o cavidades derechas. La incidencia es de 0,6-1,2/ 10.000 nacidos vivos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado, paciente masculino de 3 meses, RNPT 36 semanas, embarazo gemelar, antecedente de pielectasia en uroprofilaxis, consulta en SUI por dos días de evolución de polipnea, irritabilidad y rechazo de pecho, a lo que se agrega retracción subcostal. En SUI se toma Radiografía de Tórax, evidenciando infiltrado intersticial perihilar bilateral con cardiomegalia. Se hospitaliza para observación y manejo. Se rescata antecedente de tos seca, polipnea y retracción subcostal desde nacimiento, además cianosis peribucal al llanto. Se solicita PA y SatO<sub>2</sub> de 4 extremidades, EKG ritmo sinusal, ecocardiograma. Al examen físico: soplo pansistólico II/VI que se ausculta en todo el tórax con mayor intensidad en foco aórtico y en línea media axilar. Se solicita evaluación por cardiología, observando al ecocardiograma DVPAT obstructivo, sobrecargas cavidades cardíacas derechas y foramen oval de 4 mm. Se solicita cupo en Clínica Santa María para resolución quirúrgica urgente..

**DISCUSIÓN:** En pacientes con DVPAT la evolución natural implica una mortalidad de hasta el 50% al tercer mes de vida, por lo que la cirugía se debe realizar tempranamente<sup>1</sup>. Sigue siendo la cardiopatía congénita crítica con menor tasa de detección prenatal, por eso es necesario sospechar ante hipoxemia y acidosis refractaria a tratamiento, además de clínica de apremio respiratorio severo

**CONCLUSIÓN:** La severidad clínica del DVAPT dependerá del grado de obstrucción y el tamaño del shunt. Sin embargo, la mortalidad bordea el 80% al año de edad si la patología no es resuelta quirúrgicamente. Se considera la emergencia cardiológica más importante en el RN, de ahí la importancia de la sospecha y derivación precoz.

**PALABRAS CLAVE:** Cianosis. Congenital Heart Disease. Total anomalous pulmonary venous connectionl.

**Autor Corresponsal:** valecerdan@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Amiloidosis: un reto diagnóstico. A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC044

**Autores:** Manuel Basaure<sup>1</sup>, Berthold Bohn<sup>1</sup>, Gonzalo Avendaño<sup>1</sup>, Jorge Troncoso<sup>1</sup>

**Tutor:** Dr. Danilo Javier Perez Gonzalez<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Médico Internista, Hospital Henriquez Aravena, Temuco, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La amiloidosis es una enfermedad por depósito extracelular de fibrillas de amiloide insolubles. Su forma más común es por depósito de cadenas livianas (amiloidosis AL). Dada su inespecificidad clínica, es una enfermedad subdiagnosticada y en Chile no existen datos de incidencia o prevalencia. La enfermedad puede ser sistémica o localizada y puede presentarse como enfermedad primaria o asociada a mieloma múltiple. Los distintos tipos de amiloidosis tienen distintas formas de presentación, tratamientos y pronósticos. .

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 54 años, presenta cuadro larvado de 1 año de evolución caracterizado por baja de peso, anorexia, adinamia y astenia, además de saciedad precoz, epigastralgia y sospecha de gastroparesia. En los últimos meses se agrega debilidad de extremidades. Estudiado de manera ambulatoria cursa con síndrome nefrótico. Dado su cuadro inespecífico y multisistémico es ingresado al servicio para estudio por sospecha de enfermedad infiltrativa. Durante Hospitalización destaca elevación de Troponina T y proBNP. Por lo que se indica la realización de ecocardiograma que resulta sugerente de enfermedad infiltrativa. Debido a este resultado, se realiza biopsia aspirativa grasa que resultó positiva para amiloidosis. La muestra fue enviada a centro de referencia para estudio, confirmándose el diagnóstico de amiloidosis AL. Paciente se da de alta para continuar con quimioterapia ambulatoria. Se cuenta con consentimiento informado del paciente.

**DISCUSIÓN:** Como se aprecia en este caso, es importante que el clínico tenga un alto grado de sospecha para el diagnóstico de amiloidosis AL ante un cuadro inespecífico, de compromiso multisistémico. De forma que se instaure un tratamiento oportuno y adecuado, considerando que el tratamiento de elección y el pronóstico varía según los subtipos de esta.

**CONCLUSIÓN:** La amiloidosis AL es una enfermedad poco frecuente y subdiagnosticada en Chile, que requiere alto grado de sospecha clínica y un diagnóstico precoz, para mejorar el pronóstico de esta.

**PALABRAS CLAVE:** Immunoglobulin Light-chain Amyloidosis, Cardiomyopathy, Nephrotic Syndrome.

**Autor Corresponsal:** m.basaure01@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Osteomielitis por Bartonella Henselae como presentación atípica de una enfermedad común, presentación de un caso.

**Código del Trabajo:** CC045

**Autores:** Valentina Vásquez<sup>1</sup>, Karla Cárdenas<sup>1</sup>, Javiera Ramirez<sup>1</sup>, Fernanda Soto<sup>1</sup>

**Tutor:** Dra. Celia Chávez<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna de medicina, Universidad San Sebastián.
2. Pediatra, Servicio de Pediatría CAVRR, Los Ángeles, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La infección por Bartonella Henselae es una zoonosis de la cual el gato doméstico representa el principal reservorio. El 99% de los infectados refiere arañazo o mordedura por dicho animal. Se presenta en cerca del 90% de los casos como linfadenopatía regional, siendo infrecuentes las manifestaciones sistémicas. .

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Escolar femenina de 9 años sin antecedentes mórbidos, procedente de zona urbana de la región del Biobío, con antecedente de contacto con gatos. Consulta por cuadro de 10 días de evolución de fiebre hasta 39°C. Los exámenes de laboratorio iniciales mostraron PCR 57 mg/dl y leucocitos 18.600. Se realizaron serologías virales y bacterianas resultando positiva IgG para Bartonella. Por sospecha de bartonelosis sistémica se solicitó TAC abdomen-pelvis y ecocardiograma, que no mostraron hallazgos patológicos. Posteriormente se realizó Cintigrama óseo que mostró Osteomielitis en tibia derecha. Se decidió tratamiento biasociado con Doxiclinina-Rifampicina completando 6 semanas, con evolución favorable.

**DISCUSIÓN:** Esta paciente fue ingresada con diagnóstico de FOD, pero al demostrar serología positiva para Bartonella, asociado a examen físico normal y antecedente de contacto con gatos se confirmó el diagnóstico de Bartonelosis atípica. En busca de foco se encuentra osteomielitis en tibia derecha, ubicación infrecuente, siendo lo más habitual la afección vertebral.

**CONCLUSIÓN:** La osteomielitis puede tener presentaciones oligosintomáticas, en presencia de bacterias atípicas, por lo que debe tenerse un alto índice de sospecha, sobre todo en el contexto de fiebre de origen desconocido. El aumento en el reporte de estos casos ayudaría a estandarizar su terapia y manejo.

**PALABRAS CLAVE:** Osteomielitis, Bartonella, Bartonelosis

**Autor Corresponsal:** vavasquez1@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Mielolipoma en contexto de hiperplasia suprarrenal congénita: a propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC046

**Autores:** Melisa Rojas<sup>1</sup>, Carolina Morales<sup>1</sup>, Catalina Schade<sup>1</sup>, Carolina Aburto<sup>1</sup>

**Tutor:** Dra. Bettina Schimdt<sup>2</sup>

Dr. Edgar Quinteros<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna de medicina, Universidad San Sebastián.
2. Médica Cirujana, Complejo Asistencial Hospital Dr. Victor Ríos Ruiz
3. Médico Cirujano, CESFAM, Pinares

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El mielolipoma suprarrenal es un tumor benigno compuesto de grasa madura y elementos hematopoyéticos intercalados que asemejan a la médula ósea. La incidencia de estos tumores varía desde 0,08 a 0,4% y su hallazgo generalmente es incidental ya que en su mayoría son clínicamente inertes. .

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 28 años con antecedente de hiperplasia suprarrenal congénita con mala adherencia a controles y tratamiento. Consulta por dolor abdominal difuso, tipo cólico de 4 días de evolución, acompañado de diarrea acuosa, náuseas y vómitos. Al examen físico destaca gran masa abdominal que abarca todo el hemiabdomen izquierdo, pétreo y adherida a planos profundos. TAC de abdomen revela gran sarcoma retroperitoneal. Se resecan 2 tumores; un gran tumor retroperitoneal izquierdo de 25 cm de longitud x 20 cm de ancho y un tumor quístico más pequeño de 5 x 5 cm a nivel de glándula suprarrenal derecha. Biopsia identifica al tumor como mielolipoma suprarrenal bilateral.

Se solicita consentimiento informado al paciente quien acepta firmar.

**DISCUSIÓN:** Si bien la mayoría de los mielolipomas suprarrenales son de hallazgo incidental y no tienen repercusión clínica, en este caso el mielolipoma causó síntomas por su gran tamaño. Además, cuando son bilaterales, existe una asociación de un 10% con la hiperplasia suprarrenal congénita sobretodo cuando ésta no se encuentra bajo buen control.

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con insuficiencia suprarrenal congénita tienen un mayor riesgo de desarrollar mielolipomas, es importante considerar un buen control de su patología y plantear como diagnóstico diferencial frente a masa abdominal en estudio.

**PALABRAS CLAVE:** Mielolipoma, Insuficiencia Suprarrenal Congénita, Tumor abdominal.

**Autor Corresponsal:** [Meli.rojas.salvador@gmail.com](mailto:Meli.rojas.salvador@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Tuberculosis pericárdica en adulto mayor, a propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC047

**Autores:** Solange San Martín<sup>1</sup>, Ámbar Rosas<sup>1</sup>, Karina Romero<sup>1</sup>, Pedro Muñoz<sup>1</sup>

**Tutor:** José Abarzúa<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Becado Medicina Interna, Universidad de la Frontera, Temuco.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis (TBC) es un problema de salud pública, cuya incidencia mundial al 2018 fue de 10 millones de personas. La tuberculosis extrapulmonar da cuenta del 15% de los casos y de estas, la pericárdica representa el 1-2%. Suele afectar a adultos mayores, con diversas manifestaciones clínicas, por lo que su diagnóstico es un desafío. .

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 71 años, rural, con antecedentes de fibrilación auricular con betabloqueo. Consultó por 3 meses de disnea de esfuerzo, opresión torácica, dispepsia y baja de peso de 12 kg, sin fiebre ni diaforesis nocturna. Clínicamente enflaquecido, con ingurgitación yugular, ruidos cardíacos apagados y murmullo pulmonar disminuido. En imágenes se apreció derrame pericárdico severo y derrame pleural bilateral. Estudio etiológico resultó cuantiferon TBC reactivo, sin evidencia de neoplasia. Ecocardiografía con fracción de eyección 40-45% e hipoquinesia difusa, por lo cual se realizó ventana pleuropericárdica subxifoidea, cuya biopsia resultó con tejido de tipo tuberculoso.

Se inició tratamiento antituberculoso clásico y tras 15 días de evolución, paciente fue dado de alta en buenas condiciones. Se solicitó consentimiento informado para presentar caso.

**DISCUSIÓN:** La TBC pericárdica es una forma infrecuente de TBC extrapulmonar. Puede presentarse a cualquier edad, con mayor frecuencia en adultos mayores de sexo masculino. Se caracteriza por síntomas y signos inespecíficos, tales como dolor torácico, tos, disnea, sudoración nocturna, ortopnea, edema y baja de peso. Por esto, reviste un desafío diagnóstico, cuya confirmación es mediante la presencia de bacilo en líquido pericárdico o biopsia.

El manejo farmacológico es el clásico y, si es precoz, reduce el riesgo de complicaciones, entre ellas la pericarditis constrictiva.

**CONCLUSIÓN:** La TBC pericárdica es infrecuente, pero se debe barajar como diagnóstico diferencial en el adulto mayor con derrame pericárdico, siendo una patología tratable.

**PALABRAS CLAVE:** Tuberculosis, cardiovascular tuberculosis, tuberculous pericarditis.

**Autor Corresponsal:** [ssanmartin.96@gmail.com](mailto:ssanmartin.96@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

Diagnóstico y tratamiento de perforación esofágica secundaria a hueso de pollo: a propósito de un caso.

Código del Trabajo: CC048

**Autores:** Daniel Muñoz<sup>1</sup>, Jorge Aguilera<sup>1</sup>, Marcelo Navarrete<sup>1</sup>, Cristobal Rubio Guzman<sup>2</sup>

**Tutor:** Paula Flores Muñoz<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Alumno de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
3. Cirujana General, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La perforación esofágica (PE) es una patología de baja frecuencia. Se clasifican según el segmento afectado en cervicales, torácicos o abdominales. El objetivo del presente trabajo es evaluar las características en la presentación y el manejo de esta patología. . .

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente con antecedente de OH crónico consulta en APS por cuadro de un día de evolución de dolor retroesternal irradiado a dorso tras ingesta alcohólica, iniciando manejo sintomático por gastritis. Reconsulta en redsalud, TAC de cuello y tórax sugerente de cuerpo extraño segmento esofágico cervical con perforación esofágica con enfisema subcutáneo y neumomediastino. Ingresa al HHA para manejo en UPC. Se inicia antibioticoterapia para posteriormente realizar EDA, extrayendo cuerpo extraño sugerente de hueso de pollo. Se realiza exploración quirúrgica, inicialmente cervical con aseo y desbridamiento, y posteriormente torácica con instalación de tubos pleurales.

Caso autorizado por paciente.

**DISCUSIÓN:** Las perforaciones esofágicas son cuadros poco frecuentes, con una incidencia anual de 3 c/100.00 habitantes en los EEUU, por lo que en caso de dolor torácico no sería el primer diagnóstico diferencial a descartar. La clínica clásica corresponde a dolor torácico retroesternal asociado a vómitos, lo cual corresponde con la evolución de este cuadro. La localización de este caso fue a nivel torácico, la que corresponde a la localización más frecuente (55%), seguida por la cervical (25%) y abdominal (20%). El manejo siempre es quirúrgico. En etapas iniciales se podría realizar aseo, desbridamiento y rafia primaria, como ocurrió en este caso. Ya en estadios más avanzados, con mayor carga séptica y necrosis, puede llegar a necesitar resección con anastomosis .

**CONCLUSIÓN:** Las perforaciones esofágicas son cuadros poco frecuentes en la práctica clínica, sin embargo su elevada morbimortalidad asociada implica la necesidad de un alto nivel de sospecha y manejo precoz.

**PALABRAS CLAVE:** esophagus perforation, foreign body, surgery

**Autor Corresponsal:** d.munoz20@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Síndrome de Sjögren extraglandular, a propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC049

**Autores:** Diego Vallejos<sup>1</sup>, Diego Herrera<sup>2</sup>

**Tutor:** Sebastián Peñaloza<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. Estudiante de Medicina. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
2. Interno de Medicina. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
3. Médico Becado de Medicina Interna, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la inflamación de las glándulas lagrimales y salivales por infiltración de linfocitos, produciendo un deterioro de sus funciones. Un porcentaje de quienes padecen esta enfermedad desarrollan manifestaciones extraglandulares, que llegan a afectar piel, músculos y órganos internos como los pulmones..

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 66 años, con antecedente de bronquiectasias, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) por miocardiopatía dilatada asociada a hemibloqueo izquierdo anterior (HBIA), cor pulmonare, secuelas de tuberculosis, usuario de O<sub>2</sub> domiciliario, penfigoide buloso en estudio, consulta en servicio de urgencias por cuadro de deterioro de disnea basal (desde capacidad funcional CF II-III a IV), asociado a dificultad respiratoria, agitación, polipnea, y SatO<sub>2</sub> de 84% con FiO<sub>2</sub> de 24%. Se conecta a O<sub>2</sub>, mejorando saturación a 90% con FiO<sub>2</sub> de 24%, evolucionando con buenas condiciones generales. A la evaluación por reumatología se objetiva limitación crónica del flujo aéreo con patrón obstructivo no reversible, bronquiectasias quísticas de predominio basal y, dirigidamente, síntomas sicca. Se rescatan resultados de exámenes inmunológicos del 2017, con ENA (+), Ro (+), ANA (+) 1/80, impresionando síndrome de Sjögren extraglandular, comenzando terapia con prednisona y micofenolato, logrando mejoría de síntomas. Se solicitó consentimiento informado para presentar el caso.

**DISCUSIÓN:** El 10-20% de los pacientes con SS presenta compromiso pulmonar significativo, que se manifiesta con disnea y tos. El hallazgo en tomografía computada (TC) de quistes pulmonares está presente en el 12-46% de los pacientes con SS, asociado a anticuerpos anti-La o anti-Ro. En el estudio de pacientes con hallazgos imagenológicos compatibles y que refieran xerostomía y/o xeroftalmia, se debe considerar el SS como etiología buscando los marcadores inmunológicos.

**CONCLUSIÓN:** Es relevante conocer la asociación entre el SS y el desarrollo de quistes pulmonares, para considerar como posible etiología a estos hallazgos imagenológicos poco frecuentes.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Sjögren, Enfermedades reumáticas, Bronquiectasias

**Autor Corresponsal:** [d.vallejos03@ufromail.cl](mailto:d.vallejos03@ufromail.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Tumor de vejiga en hernia inguinal, a propósito de un caso

Código del Trabajo: CC050

**Autores:** Andrea Zambrano<sup>1</sup>, Francisca Castillo<sup>1</sup>, Paulina Barra<sup>1</sup>, Esteban Palet<sup>1</sup>

**Tutor:** Roberto Valenzuela<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2 Médico Cirujano- Urólogo, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La herniación de la vejiga a través del canal inguinal defectuoso es un hallazgo infrecuente y aún más la presencia de cáncer de vejiga en el saco herniario, con un número mínimo de casos descritos en la literatura. .

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 70 años, con antecedente de tabaquismo, consulta por hematuria macroscópica intermitente y síntomas del tracto urinario inferior (STUI), se estudia con Urografía por TAC donde destaca tumor vesical en deslizamiento vesical de Hernia inguinal izquierda, sin otros hallazgos. Cistoscopia sin lesiones tumorales satélites. Se realiza cistectomía parcial abierta más herniorrafia inguinal izquierda sin malla, sin incidentes. La biopsia informa un carcinoma urotelial poco diferenciado con infiltración hasta tejido adiposo perivesical e invasión linfocelular positiva, se indica quimiorradioterapia adyuvante..

**DISCUSIÓN:** La herniación de la vejiga a través del canal inguinal es infrecuente (0,5-4% de los casos de hernias inguinales). La presencia de neoplasias malignas en las hernias inguinales es un hallazgo poco frecuente. En pacientes sintomáticos destaca una micción de flujo dividido y STUI. La uretroscopia es la prueba de elección para el diagnóstico. La tomografía computarizada y la resonancia magnética, tienen la capacidad de evaluar la morfología vesicoureteral y el contenido herniario junto con posibles procesos neoplásicos intraherniales. Las complicaciones son las propias de los procesos herniarios y las de tipo urológico: uropatía obstructiva y aquellas secundarias a la presencia de residuo urinario en el área vesical herniada. El objetivo del tratamiento es eliminar el tumor, reparar el proceso herniario y corregir la patología obstructiva del tracto urinario inferior si existiera. No existe evidencia que respalde beneficio entre una cirugía en 1 o 2 tiempos.

**CONCLUSIÓN:** La hernia inguinal con cáncer de vejiga en saco herniario es un hallazgo infrecuente, es por esto la importancia de la sospecha diagnóstica frente a hernia inguinal asociado a STUI y Signo de Mery.

**PALABRAS CLAVE:** Hernia Inguinal, Neoplasias de la Vejiga Urinaria, Urotelio

**Autor Corresponsal:** MSREY95@GMAIL.COM

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## Caso clínico: Infección secundaria a reducción de hombro en paciente con Síndrome Ehlers-Danlos.

Código del Trabajo: CC051

**Autores:** Valentina Carrasco<sup>1</sup>, Bastián Obreque<sup>1</sup>, Stephanie López<sup>1</sup>, Omar Pereira<sup>1</sup>

**Tutor:** Juan Asenjo<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2 Médico Cirujano, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

---

**INTRODUCCIÓN** :El síndrome de Ehlers-Danlos corresponde a un grupo heterogéneo de trastornos del tejido conectivo, con una incidencia aproximada de 1 en 5000 personas, con un espectro clínico desde la hiperlaxitud cutánea y articular leve hasta la discapacidad física grave llegando a tener complicaciones vasculares potencialmente mortales.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 43 años, con antecedente de síndrome Ehlers-Danlos de larga data e hipertensión arterial, con historia reciente de luxación posterior de hombro izquierdo reducida con maniobra tracción más contratracción asociado a koecher invertido, re consulta a los 5 días por dolor asociado a aumento de temperatura local y equimosis en antebrazo izquierdo. Se maneja inicialmente con antibiótico empírico en sospecha de infección, progresa a la semana con gran placa necrótica de 10x5 cm asociado a mayor eritema perilesional. Se deciden realizar múltiples aseos quirúrgicos asociado a escarectomía y terapia antibiótica evolucionando de forma favorable, a 2 meses de iniciado el cuadro se realiza injerto dermoepidérmico con el cual presentó respuesta satisfactoria. Se realiza consentimiento informado con paciente durante su hospitalización

**DISCUSIÓN:** En una revisión retrospectiva, de un total de 320 procedimientos ortopédicos, 91% presentaron algún tipo de complicación, destacando el dolor persistente 25,3%, luxación continua 10,8%, e infección un 8,6% de los casos, porcentajes considerablemente mayor al promedio. La paciente relatada presenta una complicación poco habitual generada por la tracción, la que debería ser considerada y prevenida con medidas adicionales.

**CONCLUSIÓN:** Es necesario que los procedimientos ortopédicos como también, de otras áreas de especialidad, en pacientes con síndrome Ehlers-Danlos deben ser realizados por un equipo multidisciplinario con una planificación preoperatoria, cuidados y pleno conocimiento de los potenciales riesgo y compararlos con el eventual beneficio para tomar la mejor decisión

**PALABRAS CLAVE:** Ehlers-Danlos Syndrome, Shoulder dislocation, infection

**Autor Corresponsal:** [valemar97@gmail.com](mailto:valemar97@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Torsión ovárica por teratoma, como causa de abdomen agudo en paciente pediátrica. Reporte de caso

**Código del Trabajo:** CC052

**Autores:** Nicol Condeza<sup>1</sup>, Jasmin Contreras<sup>1</sup>, Rodrigo Forteza<sup>1</sup>, Angela Torres<sup>2</sup>

**Tutor:** Cristian Luna<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1 Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción, Chile

2 Estudiante de Medicina Universidad San Sebastián, Sede Concepción, Chile

3. Cirujano Infantil, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los teratomas son el tipo más común de tumor de células germinales, 95% tiene naturaleza benigna, si bien la mayoría son asintomáticos la torsión ovárica es su complicación más frecuente. La torsión ovárica como causa de abdomen agudo pediátrico es muy rara representando un 2.7%, y en un 25% de los casos viene dado por una neoplasia. La sospecha diagnóstica se complica ante la presencia de síntomas vagos e intermitentes, además muchas veces las imágenes no son esclarecedoras lo que hace menester una laparotomía exploratoria, con enfoque en la visualización directa de las estructuras quísticas, sospecha de malignidad y probabilidad de detorsión para la conservación ovárica

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Escolar femenina 10 años sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor hipogástrico tipo cólico de cuatro días, que migra a fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas, con consulta anterior manejada como gastroenteritis y fiebre que inicia el día de consulta; exámenes de ingreso con elevación de parámetros inflamatorios. Por cuadro de abdomen agudo se realiza laparotomía exploradora, se observa necrosis de trompa y anexo derecho con torsión sobre su eje por gran masa anexial con características de teratoma, la cual es resecada y enviada a biopsia que concluye, teratoma quístico maduro ovárico de cápsula intacta e infarto tubo ovárico hemorrágico extenso.

**DISCUSIÓN:** La vaga e inespecífica sintomatología inicial retrasa la sospecha no solo del teratoma sino también de la torsión ovárica como causa de abdomen agudo, si bien el tratamiento en este caso no logra preservar el anexo, llega antes de que evolucione hacia un cuadro más grave.

**CONCLUSIÓN:** La torsión ovárica en una paciente pediátrica requiere un alto índice de sospecha dada su baja incidencia, más aún cuando de no lograr un tratamiento quirúrgico oportuno podría desencadenar problemas en la fertilidad futura.

**.PALABRAS CLAVE:** Teratoma, Abdomen agudo, Torsión ovárica.

**Autor Corresponsal:** [n.antonietacondeza@gmail.com](mailto:n.antonietacondeza@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Derrame pleural y lesión ulcerada como presentación de sarcoma en extremidad inferior. Reporte de caso.

**Código del Trabajo:** CC053

**Autores:** Jasmin Contreras<sup>1</sup>, Nicol Condeza<sup>1</sup>, Valentina Valenzuela<sup>1</sup>, Daniela Muñoz<sup>1</sup>,

**Tutor:** Igor Jara<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1 Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción, Chile

2 Médico cirujano, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los sarcomas de tejidos blandos (STS) comprenden menos del 1% de los tumores malignos en adultos. En base a su patrón morfológico incluye a más de 100 subtipos diferentes. Se cree que surgen de novo y no de una lesión benigna previa siendo una masa de crecimiento gradual e indolora la forma más común de presentación. El tratamiento depende del subtipo específico, pero en la mayoría se recomienda radioterapia más recepción quirúrgica de ser posible.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Mujer de 74 años consulta por disnea, ortopnea y edema de extremidades inferiores de 1 mes de evolución. Ingresa en fibrilación auricular manejada con control de frecuencia. Se observan imágenes de tórax con importante derrame pleural derecho y múltiples lesiones nodulares de aspecto metastásico. Al examen físico se evidencia tumor indurado en rodilla derecha de 10 centímetros, con ulcera y zonas necróticas en su interior. Ecografía de partes blandas: Tumor sólido quístico indeterminado y biopsia de piel de rodilla ulcerada con infiltración subdérmica por tumor maligno de alto grado, de aspecto mesenquimatoso con ulceración y necrosis compatible con sarcoma. Es evaluado por oncología decidiendo manejo paliativo.

**DISCUSIÓN:** La evaluación de un paciente con sospecha de STS debe incluir la primera vez que advirtió la masa, qué tan rápido creció y la existencia de síntomas que sugieran un compromiso neurovascular distal. En este caso la paciente hizo caso omiso a la lesión que no cicatrizaba a pesar de que previo a su aparición ella era autovalente lo que cambió drásticamente el último mes.

**CONCLUSIÓN:** El retraso en el diagnóstico de los STS es frecuente ya sea por la naturaleza indolora del tumor que no motiva a los pacientes a consultar o por las demoras en el estudio por parte del médico que la mayoría de las veces supone de benignidad.

**.PALABRAS CLAVE:** Sarcoma, biopsia, derrame pleural

**Autor Corresponsal:** [Jasz.contreras.c@gmail.com](mailto:Jasz.contreras.c@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Síndrome de guillain barré en pediatría. A propósito de un caso.

Código del Trabajo: CC054

**Autores:** Javiera Caro <sup>1</sup>, María Lobos <sup>2</sup>, Felipe Morales <sup>2</sup>, Álvaro Zúñiga <sup>2</sup>,

**Tutor:** Carolina Espinal<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina Universidad de Talca, Talca
2. Interno de Medicina, Escuela de Medicina Universidad de Talca, Talca
3. Médico Pediatra Hospital San Juan de Dios Curicó, Curicó

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polirradiculopatía generalmente inmunomediada postinfección, el diagnóstico se realiza clínicamente y se confirma con análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR). El SGB ocurre a cualquier edad, es más frecuente en adultos y extremadamente raro en menores de 2 años

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Preescolar masculino de 2 años 6 meses, con antecedentes de síndrome bronquial obstructivo recurrente, válvula aórtica bicúspide, dermatitis atópica y PCR para Sars-Cov-2 (+) hace 3 meses, llega a servicio de urgencias de hospital de alta complejidad por ataxia de 4 días de evolución, asociado a 2 episodios de vómitos, irritabilidad e inapetencia.

Al ingreso signos vitales normales. Al examen físico destaca rigidez de nuca. Se hospitaliza por sospecha de tumor de fosa posterior v/s romboencefalitis, se realiza tomografía de cerebro y tórax sin contraste, resonancia nuclear magnética de cerebro y columna cervical que resultan sin hallazgos patológicos, screening de drogas (-), parámetros inflamatorios (-), evaluación de oftalmología: sin compromiso de pares craneales. A los 7 días persiste sintomático, progresando con debilidad (M3-M4), reflejos osteotendinosos negativos y disminución del tono de miembros inferiores. Se solicita estudio de LCR: leucocitos: 4, proteínas: 140 mg/dL, glucosa: 48 mg/dl. Panel viral meningitis por PCR: Negativo. Compatible con disociación albúmino-citológica, estableciendo el diagnóstico de SGB.

Se realiza tratamiento con gammaglobulina IV 2 gr/kg/dosis, evoluciona disminución de ataxia y aumento progresivo de fuerza muscular en extremidades, el alta es al día siguiente de terminar el tratamiento para continuar controles ambulatorios con neurólogo. En control a los 2 meses el paciente continua con kinesioterapia sin lograr marcha normal. Madre otorga consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** Lo más relevante es la edad del paciente, la causa post infección COVID-19 es poco probable por el tiempo >6 semanas.

**CONCLUSIÓN:** Es un síndrome que se debe sospechar a cualquier edad si existe clínica concordante.

**.PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Guillain-Barré, enfermedades neuromusculares, pediatría.

**Autor Corresponsal:** javieracaropino@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Reporte de un caso: Fibroma condromixoide ilíaco derecho.

**Código del Trabajo:** CC055

**Autores:** Felipe Farias<sup>1</sup>, Andrea Fuentes<sup>1</sup>,

**Tutor:** Juan Sandoval<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Residente tercer año Ortopedia y Traumatología adulto, Universidad de la Frontera, Hospital Dr. Hernan Henríquez Aravena Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El fibroma condromixoide (FCM) es un tumor benigno constituido por una mezcla de tejido intercelular condroide y mixoide, representando menos del 0,5% de los tumores óseos. Las ubicaciones más habituales son la metáfisis de huesos largos como el fémur proximal y la tibia, mientras que en huesos planos como la pelvis constituye una presentación infrecuente, con pocos casos reportados.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 38 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por un cuadro de 2 meses de evolución de dolor en la fosa iliaca derecha, al examen físico se encuentra una masa adherida a planos profundos en la zona ilíaca derecha del hueso pélvico. Se inicia estudio imagenológico con una tomografía axial computarizada de pelvis y se evidencia un gran tumor calcificado en la zona afectada, posteriormente se realiza una resonancia magnética de pelvis en la que impresiona un tumor localizado en el ala iliaca derecha con un área de 59x68x70 mm en ejes transversal, anteroposterior y cefalocaudal, respectivamente. Se efectúa una biopsia quirúrgica determinando el diagnóstico de un FCM. Finalmente se hace una resección tumoral, sin complicaciones. En control postoperatorio el paciente se presenta en buenas condiciones generales, sin dolor espontáneo en la zona. Se le solicita consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** En este caso el FCM tiene una ubicación ilíaca, existe una serie de casos que documentó 278 casos de FCM de los cuales solo 38 presentaron una localización en el hueso ilíaco. Y en una revisión de la literatura médica actualmente solo se cuenta con aproximadamente 70 casos publicados de FCM con compromiso en esa zona.

**CONCLUSIÓN:** El FCM es un tumor benigno poco común, su ubicación principal es la metáfisis de los huesos largos, por lo que una localización ilíaca es infrecuente en los reportes de casos encontrados en la literatura científica.

**.PALABRAS CLAVE:** "Fibroma", "Bone Neoplasms", "Ilium".

**Autor Corresponsal:** f.farias01@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Experiencia de un enfoque diagnóstico y manejo de artritis infecciosa atípica

**Código del Trabajo:** CC056

**Autores:** Bastián Obreque<sup>1</sup>, Stephanie López<sup>1</sup>, Nicolás Gatica<sup>1</sup>, Gabriel Roa<sup>1</sup>

**Tutor:** Juan Asenjo<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La artritis infecciosa corresponde a la inflamación de la articulación causada por un microorganismo determinado, su localización en hombro es infrecuente, representando aproximadamente un 3%, suele presentarse en inmunosuprimidos u otros factores de riesgo, sin embargo, no puede excluirse en pacientes sanos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 37 años, sin antecedentes mórbidos, con luxación de hombro derecho hace dos años, no tratada, presenta desde hace tres meses cuadro de dolor importante, asociado a mayor impotencia funcional y síntomas B. Consulta en urgencias por intensificación de sintomatología en los últimos tres días. Al examen físico presenta hombro semicongelado, lesión eritematosa en región anterior del brazo de 7x2cm, sin punto de drenaje, se realizan exámenes destacando un aumento de parámetros inflamatorios, TAC de tórax: lesión periarticular derecha de hombro coincidente con artritis infecciosa. Se realiza aseo quirúrgico, destacando rotura de manguito rotador derecho, con salida de 10cc de pus desde espacio subacromial. Cultivos: Staphylococcus aureus meticilino sensible. Biopsia: material fibrohemático. Se inicia antibioterapia con cloxacilina. Presenta mejoría clínica y de laboratorio, decidiéndose el alta. Al control en dos meses, sin nueva signología inflamatoria, con diagnóstico de artritis infecciosa tratada. Se realiza consentimiento informado durante la hospitalización.

**DISCUSIÓN:** Existen pocos estudios acerca de esta localización infrecuente, esto sumado a que el cuadro clásico difiere tanto en la ubicación como en la presentación larvada y asociada a síntomas B de este paciente, le confiere relevancia al caso descrito.

**CONCLUSIÓN:** la artritis infecciosa continúa siendo la forma más destructiva y peligrosa de artritis, siendo una emergencia médica, siendo infrecuente la presentación clínica insidiosa, teniendo la mayoría de los pacientes al menos un factor predisponente. Se reafirma así el diagnóstico temprano, a través de una alta sospecha es fundamental para obtener resultados óptimos..

**.PALABRAS CLAVE:** Infectious arthritis, bacteremia, Staphylococcus aureus.

**Autor Corresponsal:** n.gatica07@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Subtipo infrecuente de neoplasia de las células B: Leucemia de células velludas. Reporte de caso.

**Código del Trabajo:** CC057

**Autores:** Valeria González<sup>1</sup>, Marcelo Navarrete<sup>1</sup>

**Tutor:** Gabriel Valdés<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Cirujano, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** Leucemia de células vellosas es una enfermedad linfoproliferativa, subtipo de neoplasias de células B maduras. Infrecuente, constituye el 1 a 2% de las leucemias linfoides, predomina en varones adultos (H:M=4:1), con una mediana de edad de 50-55 años. Características de mal pronóstico son edad, hemoglobina <10 mg/dl, plaquetas <100 mil, neutrófilos <1000, linfadenopatía y esplenomegalia masiva. El diagnóstico es con sospecha clínica, morfología y hallazgos del perfil inmunofenotípico mediante citometría de flujo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre 66 años, antecedentes de diabetes no insulino requiriente. Consulta por 2 meses de astenia y adinamia progresiva, sin síntomas B. Al examen destaca palidez cutánea. Hemograma anemia severa, leucocitos 7003, linfocitos 79% RAN: 623, plaquetopenia. Frotis presenta linfocitos con prolongaciones citoplasmáticas. Biopsia de médula ósea con alteraciones morfológicas de leucemia de células velludas. Inmunofenotipo: Linfocitos maduros con vellos citoplasmáticos, 80% linfocitos de los cuales 45% corresponden estirpe B patológicos, positivos para CD19, CD20, CD200, FM C7, LAIR-1, CD11c, cd103, cd81, CD.25.

Se inicia quimioterapia con cladribina. Caso autorizado por paciente.

**DISCUSIÓN:** Leucemia de células velludas es una neoplasia maligna infrecuente. Presenta síntomas inespecíficos como fatiga, debilidad y relacionados a citopenias. El laboratorio varía desde pancitopenia hasta monocitopenia, este caso presenta bicitopenia. El diagnóstico se realiza como señala la literatura con muestra de sangre periférica, citometría y revisión de frotis. En los marcadores de citometría, en el caso se encuentra CD11c, CD25, CD103, CD19, CD20 como se describe en las publicaciones. El paciente se encontraba sintomático por lo que recibió tratamiento de primera línea..

**CONCLUSIÓN:** Requiere alta sospecha, para comenzar el estudio y manejo precozmente. El caso presentado corresponde a un paciente sintomático, que basado en la literatura es candidato a ser tratado inmediatamente. La sobrevida global es 89-90%, la tasa de recaída a 5 años es de 20-30%.

**.PALABRAS CLAVE:** Leukemia, Lymphoid, Hairy Cell, Thrombocytopenia.

**Autor Corresponsal:** v.gonzalez14@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Síndrome de arnold-chiari tipo 1 como causa poco frecuente de cefalea

Código del Trabajo: CC058

**Autores:** Mauricio Cáceres<sup>1</sup>, Josefa Ocampo<sup>2</sup>, Alex Cáceres<sup>1</sup>, Tiare Arévalo<sup>1</sup>

**Tutor:** Félix Orellana<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina. Universidad de Talca. Talca. Chile.
2. Estudiante de Medicina. Universidad de Talca. Talca. Chile.
3. Médico especialista en Neurocirugía. Hospital Regional de Talca (HRT). Talca. Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Arnold-Chiari (SACH) tipo I es una malformación congénita del sistema nervioso central (SNC) en la cual existe un descenso de parte del cerebelo a través del foramen magno, generalmente por una fosa posterior más pequeña de lo normal. La prevalencia del SACH es 0,5% de la población general, siendo el tipo I el más frecuente; se presenta mayormente en sexo femenino y generalmente asintomática, aunque cuando se manifiesta es principalmente como cefalea.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Autorización consentimiento informado.

Paciente femenina de 39 años, sin antecedentes mórbidos, consulta reiteradamente por cefalea occipital de difícil manejo, se realiza resonancia magnética (RNM), evidenciándose ectopia leve (6 mm) de tonsilas cerebelosas a través del foramen magno, configurando diagnóstico de SACH tipo I. Durante 2 años de evolución persiste cefalea y recientemente aparecen parestesias en 4 extremidades y paresia M4 en extremidad superior derecha.

Se hospitaliza en neurocirugía para resolución quirúrgica y se realiza reconstrucción de fosa posterior mediante resección del arco posterior de C1, craniectomía de fosa posterior, durotomía en Y, e injerto de colgajo de aponeurosis. Evolución favorable durante postoperatorio temprano.

**DISCUSIÓN:** En el caso la paciente debutó en edad adulta con cefalea de difícil manejo, y se realizó RNM, la cual es el único método para llegar al diagnóstico de SACH, el cual por presentarse con sintomatología persistente y evolucionar con compromiso de funcionalidad tiene indicación de tratamiento quirúrgico.

**CONCLUSIÓN:** La cefalea es un motivo de consulta muy frecuente, con múltiples causas, muchas de ellas más frecuentes que el SACH, sin embargo, ante la presencia de cefalea refractaria a tratamiento o con signos de alarma, como la adición de déficits neurológicos, se requiere complementar el estudio con imágenes del SNC para descartar causas como esta, cuya resolución final es quirúrgica y así evitar complicaciones.

**.PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Arnold-Chiari, Cefalea, Neurocirugía.

**Autor Corresponsal:** mauriciocaceres99@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O   C L Í N I C O

### Encefalopatía de Hashimoto: una causa poco común de encefalitis autoinmune

**Código del Trabajo:** CC059

**Autores:** Alex Cáceres<sup>1</sup>, Tiare Arévalo<sup>1</sup>, Mauricio Cáceres<sup>1</sup>, Josefa Ocampo<sup>2</sup>,

**Tutor:** Rene Meza<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina. Universidad de Talca. Talca. Chile.
2. Estudiante de Medicina. Universidad de Talca. Talca. Chile.
3. Médico especialista en Neurología. Hospital Regional de Talca (HRT). Talca. Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La encefalopatía de Hashimoto es una causa poco frecuente de encefalitis autoinmune, se caracteriza por títulos séricos elevados de anticuerpos antitiroideos, manifestaciones neurológicas como cefalea, alteración de conciencia, movimientos anormales y cambios conductuales; y buena respuesta a corticoides. Es una enfermedad rara con una prevalencia de 2,1/100.000 personas y tiene predominio femenino (5:1).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Autorización consentimiento informado.

Paciente femenina de 25 años sin antecedentes mórbidos conocidos, presenta desde una semana previa a su ingreso temblor de extremidades superiores e inferiores, asociados a cambios conductuales con tendencia a la irritabilidad y confusión. Ingresa al servicio de urgencias debido a un episodio en la vía pública de compromiso de conciencia con rigidez y temblores generalizados. AngioTAC de cerebro sin hallazgos patológicos. Punción lumbar con citoquímico normal excepto proteínas 142,7 mg/dL, bacterias (-), panel viral (-). Se maneja con corticoides en altas dosis de forma empírica por sospecha de encefalitis autoinmune. Al estudio electroencefalograma normal, panel anticuerpos (-), anticuerpos antitiroideos elevados, TSH 76,9 mUI/L y ecografía tiroidea nódulo TIRADS 4. Dada la respuesta favorable a corticoides se da alta para seguimiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** El debut del cuadro es compatible con encefalitis dada la presencia de movimientos anormales y cambios conductuales que evolucionan de forma aguda-subaguda. El estudio del LCR permite descartar una causa infecciosa que suele ser lo más frecuente, por lo que se sospecha origen autoinmune y se inician corticoides empíricos. Posteriormente tras el estudio exhaustivo se pesquisó la encefalopatía de Hashimoto.

**CONCLUSIÓN:** Si bien la encefalopatía de Hashimoto es una entidad poco común, es importante considerarla dentro del estudio de encefalitis en las que se descarta la causa infecciosa, ya que dada su excelente respuesta a corticoides un manejo rápido permite prevenir complicaciones neurológicas potencialmente irreversibles.

**.PALABRAS CLAVE:** Encefalopatía de Hashimoto, Encefalitis Autoinmune, Neurología.

**Autor Corresponsal:** alexcaceres99@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O   C L Í N I C O

### Carcinoma de endometrio: Cuando metástasis cutáneas se confunden con infecciones cutáneas.

Código del Trabajo: CC060

**Autores:** Camila Marinao<sup>1</sup>, Camila Faundez<sup>1</sup>, Catalina Oviedo<sup>1</sup>

**Tutor:** M<sup>o</sup> Kathalina Ramirez<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna(o) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

2. Residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El carcinoma de endometrio (CE) es una neoplasia ginecológica maligna común que rara vez progresa a enfermedad diseminada, dado su diagnóstico precoz, histología benigna en su mayoría y manejo curativo. Cuando este disemina lo hace de forma local o linfática, siendo menos frecuente a distancia en pulmón, hígado y hueso. En piel tiene una prevalencia del 0,8%; pudiendo ser la primera manifestación del cáncer o aparecer durante el seguimiento.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Femenina, 59 años, diagnosticada con CE etapa IVB, grado 3 hace 1 mes, con histerectomía total y salpingooforectomía bilateral con indicación de quimio-radioterapia paliativa. Policonsultante en CESFAM por aparición de eritema difuso periumbilical e hipogástrico indoloro, de 10x10 cm, con herida operatoria sana, sin signos de infección sistémica, manejado como celulitis de pared abdominal sin éxito; siendo contra referida a oncoginecología. Se realiza biopsia de lesión que confirma carcinoma endometrial seroso de alto grado. Se prioriza para inicio de quimioterapia evolucionando sin aumento ni aparición de nuevas lesiones cutáneas pero dado el avanzado estado de su enfermedad falleció 6 meses después.

**DISCUSIÓN:** El CE de histología seroso y grado 3, como el presentado, es de carácter agresivo y con potencial metastásico, sin embargo, la localización cutánea es un sitio inusual. Se puede presentar como lesiones nodulares, pápulas, úlceras, placas, etc., lo que puede llevar a confundir su diagnóstico con una infección cutánea y retrasar la derivación. Su aparición implica mal pronóstico, con una sobrevida promedio de 4-12 meses tras su diagnóstico. El tratamiento es paliativo con quimio-radioterapia, pero poco efectivo en la mayoría de los casos.

**CONCLUSIÓN:** Es necesario un alto índice de sospecha frente esta rara manifestación de una neoplasia maligna tan común como el CE, ya que su identificación permite derivar de forma oportuna y entregar información adecuada con respecto al pronóstico del paciente.

**.PALABRAS CLAVE:** Endometrial Neoplasms; Metastasis of the Neoplasm; Cutaneous Neoplasms. .

**Autor Corresponsal:** [c.marinaomayorga@gmail.com](mailto:c.marinaomayorga@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O   C L Í N I C O

### Síndrome de Wellens, una afectación sutil y fatal de la arteria descendente anterior.

**Código del Trabajo:** CC061

**Autores:** Gonzalo Torres<sup>1</sup>, Lenin González<sup>1</sup>, Isabel López<sup>1</sup>, Verónica Corvalán<sup>1</sup>

**Tutor:** Mario Bustamante Quintanilla<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de medicina-Universidad de Talca- Santa Cruz- Chile.

2. Urgenciólogo-Universidad de Santiago de Chile-Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El Síndrome de Wellens (SW) es definido como un patrón de cambios característicos electrocardiográficos, con ondas T invertidas o bifásicas en precordiales derechas (1), que representan afectación grave de la Arteria descendente anterior (2,3). Constituye el 18% de los síndromes coronarios agudos (2), clasificados dentro de la angina inestable. Es relevante puesto que el 75% de los afectados, sufrirán un infarto miocárdico (IM) extenso en corto-mediano plazo .

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, llega al servicio de urgencias por un cuadro de 4 horas de evolución caracterizado por compromiso cuantitativo de conciencia y disnea. A su evaluación, saturación ambiental de 92%, ritmo regular en dos tiempos sin soplo, examen neurológico sin alteraciones y hematológico con disminución de todas las líneas celulares, identificando una pancitopenia. El electrocardiograma (ECG) evidencia ondas T invertidas y simétricas en derivadas precordiales concordantes de un SW tipo 2. Se decide transfusión sanguínea con posterior hospitalización para estabilización de cuadro hematológico, para proceder próximamente con coronariografía.

Se obtiene consentimiento informado..

**DISCUSIÓN:** El SW se divide en tipo 1, representando el 24% caracterizado por ondas T bifásicas y tipo 2, el 76% con inversión profunda y simétrica de estas (1,2,3); ambos principalmente en derivadas V2 y V3 (2,3).

Correspondiendo este caso a la presentación más frecuente, con un cuadro disneico con ondas T invertidas y simétricas. Por su alto riesgo de IM (3), la estabilización y posterior manejo con coronariografía es indispensable

**CONCLUSIÓN:** Es indispensable que el SW sea sospechado y pesquisado de manera oportuna para un pronóstico favorable, siendo el ECG el examen clave en su diagnóstico. Si bien, existe una terapia farmacológica (antiplaquetarios, antitrombóticos, betabloqueadores y estatinas), esta es insuficiente para prevenir la morbimortalidad del cuadro, por lo que la intervención coronaria percutánea es el tratamiento definitivo dada la alteración estenótica característica del cuadro.

**PALABRAS CLAVE:** Heart disease - Dyspnea - Electrocardiography .

**Autor Corresponsal:** gonzalo.torre.corvalan@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Malformación arteriovenosa uterina, un infrecuente diferencial de sangrado genital: Reporte de un caso.

Código del Trabajo: CC062

**Autores:** Camila Marinao<sup>1</sup>, Ornella Torres<sup>1</sup>, Catalina Oviedo<sup>1</sup>, Manfred Quezada<sup>1</sup>

**Tutor:** Dr Elias Schroh Cruces<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna/o de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La malformación arteriovenosa uterina (MAV) es una anomalía vascular extremadamente infrecuente cuya incidencia no es conocida. Pueden ser congénitas o adquiridas y se caracterizan por la presencia de un ovillo vascular formado por dilataciones arteriovenosas de localización intramiometrial que se extiende, sólo en los casos congénitos a otras zonas vasculares de la pelvis menor. Cursa con clínica de metrorragia intensa, habitualmente de riesgo vital.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Paciente 28 años con antecedente de abortos frecuentes, consulta por sangrado genital persistente de un mes en ocasiones abundantes. Durante control se pesquisa en ecografía ginecológica endometrio con doppler positivo score 3 que impresiona probable MAV. Se hospitaliza en hospital regional donde se reitera ecografía que muestra endometrio heterogéneo con áreas hipoecogénicas al doppler color vasos de origen arterial, al doppler pulsado se evidencian vasos arteriales de baja resistencia y vasos venosos a nivel endometrial y miometrial, en pared posterior conformado por red vascular en “ovillo”, score 3, hallazgos sugerentes de MAV uterina adquirida. Paciente con hemoglobina de 7.4, BHCG 13.1 y persistencia de sangrado, se solicitó informe de resonancia de pelvis con gadolinio con imágenes altamente sugerentes de MAV ingresando a pabellón de radiología intervencional donde se realiza embolización endovascular. Evolucionando favorablemente, sin sangrado genital y hemodinámicamente estable, se decidió alta.

**DISCUSIÓN:** El reconocimiento será fundamental para la evolución y tratamiento, ya que la práctica de un legrado hemostático puede agravarla, incluso conducir a la muerte. El diagnóstico es con ecografía doppler y su confirmación con angiografía, es condición “sine qua non” una  $\beta$ -hCG negativa o su negativización previa, siendo el tratamiento hoy recomendado la embolización.

**CONCLUSIÓN:** Es necesario un alto índice de sospecha frente esta rara manifestación de sangrado uterino, ya que su identificación permite derivar de forma oportuna y entregar tratamiento adecuado con respecto a la patología del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Metrorragia, Obstetric hemorrhage, arteriovenous malformations.

**Autor Corresponsal:** c.marinaomayorga@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Presentación atípica de hidrocefalia normotensiva en paciente adulto, a propósito de un caso.

Código del Trabajo: CC063

**Autores:** Marcelo Navarrete<sup>1</sup>, Nicolás Saavedra<sup>1</sup>, Daniel Muñoz<sup>1</sup>, Felix Melivilu<sup>1</sup>

**Tutor:** Jaime Leñero<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Residente de Neurocirugía, Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La hidrocefalia normotensiva (HNT) es una entidad clínica caracterizada por ventriculomegalia, se presenta habitualmente con deterioro cognitivo, alteraciones de la marcha e incontinencia urinaria. Frecuentemente el primer síntoma son alteraciones de la marcha mientras que otros síntomas como la cefalea son menos habituales. La prevalencia aumenta con la edad, presentándose en alrededor del 6% en mayores de 70 años, siendo mucho más infrecuente en pacientes de menor edad. Con el objetivo de contribuir a la sospecha y tratamiento precoz de esta entidad para evitar secuelas irreversibles, se presentará un caso, de inicio atípico de HNT en paciente adulto.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 50 años, ingeniero en telecomunicaciones, sin antecedentes. Presenta cuadro de cefaleas intensas holocraneas de larga data, que evolucionan con aumento de intensidad, agregándose alteración de la marcha y descoordinación. Dirigidamente refiere urgencia miccional e incontinencia de orina. Relata deterioro cognitivo con incapacidad de realizar actividades relacionadas a su trabajo. Al examen neurológico leve disartria y ataxia de la marcha. Tomografía computada cerebral: ventriculomegalia, mayor en ventrículos laterales y tercer ventrículo. Ingresa a pabellón para instalación de válvula derivativa ventrículo peritoneal. Procedimiento sin incidentes. Evoluciona en buenas condiciones, con disminución de la cefalea, mejora de la marcha y menor incontinencia en el postoperatorio. Autorizado con consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** La HNT tiene una baja prevalencia y es más frecuente en pacientes mayores de 70 años; en el caso presentado se trata de un paciente de edad media, cuya primera manifestación fue la cefalea, siendo este el síntoma cardinal, lo que no es habitual, reportándose pocos casos en la literatura..

**CONCLUSIÓN:** Tanto por la edad como la presentación atípica inicial en este caso dificulta el proceso diagnóstico, lo cual retrasa el tratamiento precoz y de esta forma puede llevar a compromiso irreversible, principalmente respecto a la cognición.

**PALABRAS CLAVE:** Hydrocephalus, Normal Pressure Headache, Middle Aged

**Autor Corresponsal:** m.navarrete11@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Demencia rápidamente progresiva secundaria a fístula dural. A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC064

**Autores:** Juan Monsalve<sup>1</sup>, Matías Cuyul<sup>1</sup>, Camila Fuentes<sup>1</sup>, Estefanía Muñoz<sup>1</sup>

**Tutor:** Fernando Lagos<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La demencia rápidamente progresiva (DRP) se caracteriza por deterioro cognitivo agudo, que puede atribuirse a un subgrupo de etiologías potencialmente reversibles. Entre ellas destacan las fístulas arteriovenosas durales (FAVD) que corresponden a comunicaciones anormales entre arterias meníngeas y los senos venosos, venas meníngeas o venas corticales. Afecta principalmente a personas entre 50-60 años con una incidencia de 0,17/100.000 habitantes.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** (Datos extraídos desde ficha clínica previo consentimiento informado.) Paciente femenina de 43 años, previamente sana. Desde hace 1 año presenta cuadro progresivo de cefalea, paraparesia, trastorno cognitivo, del equilibrio y lenguaje hasta situación de dependencia severa. Evaluada en urgencias mediante angiografía por tomografía computada de encéfalo evidencia prominencias vasculares venosas corticales, con trombosis parcial de ambos senos venosos transversos, sigmoideos, tórula y seno recto, con redistribución de drenaje venoso y congestión perimedular. Hallazgos similares en angiografía por resonancia y angiografía cerebral. Evaluada por neurología se confirma demencia rápidamente progresiva secundaria a hipertensión venosa causada por FAVD. Se hospitaliza para resolución endovascular mediante embolización selectiva resultando en mejoría clínica parcial con recuperación progresiva de paraparesia y deterioro cognitivo.

**DISCUSIÓN:** Las FAVD corresponden a un 10-15% de las malformaciones vasculares intracraneales. Presenta alta variabilidad en su evolución natural y sus manifestaciones clínicas dependen principalmente de su localización y del drenaje venoso. El deterioro cognitivo es una forma de presentación poco común y se debe a la hipertensión venosa causada por FAVD. Al ser una entidad con riesgo de hemorragia, muerte y potencialmente tratable adquiere gran importancia el estudio y resolución precoz, siendo la embolización intraarterial el método de elección.

**CONCLUSIÓN:** La DRP es un cuadro que genera deterioro neurológico significativo precoz que requiere de una pronta evaluación y estudio a fin de determinar el origen y eventuales etiologías reversibles, como las FAVD.

**PALABRAS CLAVE:** Neurology, Dementia, Endovascular Procedures.

**Autor Corresponsal:** [jndaniel.mc96@gmail.com](mailto:jndaniel.mc96@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Herpes zoster en paciente inmunosuprimido, a propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC065

**Autores:** Rosita Gutierrez<sup>1</sup>, Andrea Zambrano<sup>2</sup>, Francisca Castillo<sup>2</sup>, Paulina Barra<sup>2</sup>

**Tutor:** Karla Durán<sup>3</sup>

**Afiliaciones:**

1. Alumna de Medicina, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
2. Interno(a) de Medicina, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
3. Médica Cirujana, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El herpes zóster (HZ) corresponde a la reactivación del virus varicela zoster (VVZ) por una alteración inmunológica, manifestándose con dolor que recorre el trayecto de los nervios sensoriales para luego producir una erupción vesicular cutánea dolorosa limitada o diseminada. Diversos estudios han mostrado que en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) existe una incidencia y severidad mayor respecto a población sana.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 50 años, con antecedente de nefritis lúpica en hemodiálisis, usuaria de micofenolato, hidroxicloroquina y corticoterapia prolongada. Consulta por dolor urente en extremidad superior derecha, evoluciona con lesiones vesiculares dolorosas, manejo ambulatorio con mala respuesta. Evoluciona febril, con aumento de volumen local e hiperalgesia, se inicia tratamiento endovenoso con aciclovir hospitalizada y se suspende micofenolato. Completa esquema antiviral con buena respuesta, se indica alta.

**DISCUSIÓN:** Posterior a la infección del Virus varicela zoster, este se mantiene latente en ganglios sensoriales y puede reactivarse más adelante causando el herpes zoster.

El HZ causa lesiones vesiculares dolorosas, asociado a complicaciones como: herpes zoster oftálmico, diseminado y neuralgia post herpética.

Los factores de riesgo para HZ son la edad e inmunosupresión. Diversas cohortes internacionales han mostrado que paciente con LES poseen un riesgo superior de HZ que la población general.

Dentro de los factores de riesgo asociados al desarrollo de HZ en LES destaca el uso de inmunosupresores y corticoides. Por el contrario, la hidroxicloroquina pareció tener un papel protector. Además la actividad del LES no mostró una asociación directa con la aparición de HZ.

**CONCLUSIÓN:** La incidencia y severidad de HZ en pacientes con LES es mayor a población general, esto hace necesario la sospecha diagnóstica y el tratamiento diligente, además de la suspensión de fármacos que sean factores de riesgo para el desarrollo.

**PALABRAS CLAVE:** Herpes Zoster, lupus, Enfermedades del Sistema Inmune

**Autor Corresponsal:** r.gutierrez13@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Hematoma subcapsular hepático roto secundario a consumo de pasta base en el embarazo

**Código del Trabajo:** CC066

**Autores:** Sofía Otero<sup>1</sup>, Carla Ortega<sup>1</sup>, Catalina Oyarzún<sup>1</sup>, Ámbar Rosas<sup>1</sup>

**Tutor:** Iván Coliñir<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Cirujano. Hospital Dr. Eduardo González Galeno, Cunco - Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El síndrome HELLP (SH) es una complicación obstétrica severa caracterizada por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. Su complicación más grave, aunque infrecuente, es el hematoma subcapsular hepático roto (HSCHR), dada sus altas tasas de morbimortalidad materno-fetal; constituyendo el parto el único tratamiento efectivo y el consumo de drogas uno de sus múltiples factores de riesgo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presenta un caso de una primigesta de 30 años con antecedente de consumo de pasta base, cursando embarazo de 23 semanas, sin control. Ingresa por dolor abdominal y pérdida de conciencia, la ecografía abdominal evidenció hematoma hepático. Evoluciona con shock hipovolémico y ausencia de latidos fetales, indicando cesárea de urgencia, en la cual nace neonato que no responde a reanimación; posteriormente se desgarró la cápsula hepática requiriendo packing hepático. Evoluciona en malas condiciones iniciales en UPC, posteriormente al estabilizarse es trasladada a sala común y dada de alta. Se obtiene consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** La toxicidad de la pasta base se atribuye principalmente a su porcentaje de cocaína, que durante la gestación genera vasoconstricción, hipoperfusión placentaria e hipertensión. De la misma forma, en la literatura su consumo se asocia a daño hepático por vasoconstricción, vasoespasmo e isquemia.

**CONCLUSIÓN:** El HSCHR asociado a SH es una complicación rara y muy grave del síndrome hipertensivo del embarazo, que requiere un alto índice de sospecha para un diagnóstico y manejo oportuno, debido a su alta morbimortalidad materno-fetal; por lo que es necesario tomar en cuenta factores de riesgo adicionales, no siempre consultados dirigidamente, como el consumo de drogas que además de asociarse a hipertensión, podrían llevar directa y tempranamente a daño hepático e incluso a rotura hepática espontánea.

**PALABRAS CLAVE:** Cocaína, Complicaciones del embarazo, Síndrome HELLP

**Autor Corresponsal:** s.otero01@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Confiar en el paciente: Falsos positivos no treponémicos en debut de Lupus eritematoso sistémico.

**Código del Trabajo:** CC067

**Autores:** Carla Ortega<sup>1</sup>, Sofía Otero<sup>1</sup>, Solange San Martín<sup>1</sup>, Isidora Lorenzi<sup>1</sup>

**Tutor:** Dr. Patricio Ramirez<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interna de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.
2. Médico Cirujano. Becado Medicina Interna Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco - Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con un amplio espectro de anormalidades serológicas.<sup>1</sup> Dentro de los exámenes de laboratorio se han descrito falsos positivos (FP) en pruebas para sífilis desde 1971. <sup>2</sup> Actualmente los test más usados para el screening de sífilis son los test no treponémicos, principalmente el venereal disease research laboratory (VDRL), el cual interactúa con cardiolipina.<sup>2,3</sup> Un FP resulta secundario a la reacción entre la cardiolipina y los anticuerpos antifosfolípidos, tales como el anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre, 26 años, heterosexual, pareja única. Un mes con petequias y epistaxis, hemograma muestra trombocitopenia hasta 2.000, sin alteración del resto de las series. Ingresa con diagnóstico de púrpura trombocitopénico idiopático. Se solicitan exámenes etiológicos: VDRL reactivo 1:16, se repite reactivo sin diluir. En contexto de ausencia de síntomas de sífilis y sin factores de riesgo, se solicita MHA-TP el cual resulta no reactivo. Se sospecha LES, por lo cual se toma panel inmunológico el cual es compatible. Se inició prednisona con respuesta satisfactoria, plaquetas hasta 140.000 al control posterior al alta. Se obtiene consentimiento.

**DISCUSIÓN:** Obtener un FP puede causar importante preocupación en los pacientes, considerando que la prevalencia de FP en VDRL es de 1-5% en población general, alcanzando al 20% en pacientes con LES.<sup>2</sup> La trombocitopenia se encuentra presente en el 7-30% de los casos. Asimismo, el LES se presenta con mayor frecuencia en mujeres en una proporción de 9:1.

**CONCLUSIÓN:** Los FP son una probabilidad de cada examen de laboratorio por lo cual, en la práctica clínica, el diagnóstico debe basarse en el correcto contraste de datos clínicos con resultados de laboratorio. El verdadero impacto del FP en VDRL es aún desconocido, especialmente en pacientes con debut de LES.

**PALABRAS CLAVE:** Lupus erytematosus, systemic , false positive reactions, antiphospholipid antibodies

**Autor Corresponsal:** [Carla.ortega3@gmail.com](mailto:Carla.ortega3@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Eritrocitosis como manifestación del carcinoma renal de células claras

**Código del Trabajo:** CC068

**Autores:** Mariana Pérez<sup>1</sup>, Valentina Jerez<sup>1</sup>, Mitsuko Huerta<sup>1</sup>, Sebastian Cabrera<sup>1</sup>

**Tutor:** Anibal Neyra<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción.

2. Becado de Urología, Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El carcinoma de células renales (CCR) es el tumor sólido más frecuente del riñón, abarcando el 90% de los tumores malignos de este. El CCR de células claras (CCRcc) , es su subtipo más común (80-90%), predominando entre los 60-70 años. Al momento del diagnóstico del CCR, 10-40% de los pacientes presenta algún síndrome paraneoplásico (SP), como la eritrocitosis, presente en menos del 5% de los casos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 57 años, con antecedentes de obesidad mórbida y nódulo renal derecho en ecografía de vía biliar el año 2014. Consulta en 2021 por dolor en flanco derecho y zona periumbilical de 2 meses de evolución. Es estudiada con TC de abdomen y pelvis que identifica un nódulo renal en polo inferior derecho, de aspecto neoplásico y exofítico de 3,5x1,9 cm. Se indica nefrectomía parcial con biopsia, destacando en exámenes preoperatorios eritrocitosis. Informe revela CCR de células claras. Tras la cirugía se normalizan los parámetros hematológicos. Paciente autoriza mediante consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** Cómo destaca la literatura, y se refleja en el caso, el CCR se detecta 50% de las veces en forma incidental, por lo que representa un reto diagnóstico.

Además, suelen tener SP asociados, entre ellos la eritrocitosis, definida como el aumento de la masa eritrocitaria sobre niveles normales, por producción ectópica de eritropoyetina de las células neoplásicas, correspondiendo un 30% a CCR. El reconocimiento de estos síndromes resulta importante porque pueden anteceder la clínica propia del tumor y su reconocimiento temprano permite un tratamiento precoz.

**CONCLUSIÓN:** El CCR se diagnostica 30% de las veces en etapa avanzada, y 10-40% con SP, debido a que su presentación clínica suele ser asintomática. La eritrocitosis, puede ser clave para detectar la presencia de un tumor en estadio inicial, mejorando así el pronóstico y sobrevida.

**PALABRAS CLAVE:** Eritrocitosis, Carcinoma renal de células claras, síndrome paraneoplásico

**Autor Corresponsal:** [valentinajerezfrivola@gmail.com](mailto:valentinajerezfrivola@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Manejo del cáncer testicular germinal no seminomatoso metastásico, importancia de quimioterapia

**Código del Trabajo:** CC069

**Autores:** Catherine Sagredo,<sup>1</sup> , Herta Sagredo,<sup>1</sup>, Omar Pereira,<sup>1</sup>

**Tutor:** Dr.Fernando Gutiérrez<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

2. Médico Universidad Mayor Temuco.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Cáncer testicular representa 1% de las neoplasias masculinas y 5% de tumores urológicos, siendo el cáncer sólido más común en hombres entre 15-35 años. El tumor de células germinales es la histología predominante (95%), dividido en seminomas y no seminomas; dentro de estos últimos, encontramos el teratoma y coriocarcinoma, que representan 3-7 %. Ambos con alto potencial metastásico. Las metástasis más frecuentes son pulmón y ganglios linfáticos. 11% tienen metástasis extrapulmonares. Al diagnóstico, 60 % de los no seminomas tienen lesiones metastásicas

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino, 18 años, sin antecedentes

Consulta por cuadro de 6 meses de aumento de volumen testicular, asociado a baja de peso, 15kg en últimos 3 meses. Ecotomografía: Tumor testicular de 7x6.5x11cm, sin compromiso de cordón. Marcadores: LDH 2.212, BHCG 550.768. TCTAP: Múltiples metástasis pulmonares, adenopatías mediastínicas, lesiones focales hepático esplénicas, lesión frontal derecha con efecto de masa. Orquiectomía radical izquierda. Biopsia: 40% teratoma, 60% coriocarcinoma. Se inicia quimioterapia con Bleomicina, Etopósido y Cisplatino.

**DISCUSIÓN:** El cáncer testicular cuenta con una tasa de curación alta, incluso siendo metastásico, debido a la alta sensibilidad al Cisplatino. La tasa de supervivencia a 5 años está por sobre el 90%, sin embargo, los pacientes con enfermedad diseminada pueden tener peores resultados según el tipo de tumor y extensión de la enfermedad, llegando a 30-40 % en metástasis cerebral, situación donde toma gran importancia la quimio-radioterapia. Para el pronóstico, son importantes las características clínicas, ubicación de diseminación y niveles de biomarcadores, siendo este caso, un paciente con mal pronóstico. En el tumor no seminoma diseminado, se prefieren cuatro ciclos de bleomicina, etopósido y cisplatino, después de la orquiectomía.

**CONCLUSIÓN:** La quimioterapia basada en Cisplatino ha convertido el cáncer testicular metastásico en un modelo de enfermedad maligna altamente curable. 70- 80% logran supervivencia a largo plazo; solo 10-15% necesitan de un tratamiento de segunda línea por recaída o refractariedad.

**PALABRAS CLAVE:** Testicular cáncer; Germ cell tumors; Cisplatin

**Autor Corresponsal:** [casagredo1@gmail.com](mailto:casagredo1@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Mononeuritis múltiple secundaria a vasculitis anca p, a propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC070

**Autores:** Daniel Muñoz<sup>1</sup>, Marcelo Navarrete<sup>1</sup>, Nicolás Saavedra<sup>1</sup>, Felix Melivilu<sup>1</sup>

**Tutor:** Jaime Leñero<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La mononeuritis múltiple (MNM) es una afección asimétrica del sistema nervioso periférico, caracterizada por dolor y déficit motor. La incidencia de MNM no se conoce con exactitud por la variedad de patologías que subyacen a esta, sin embargo, se da principalmente en pacientes de mayor edad. La principal causa de MNM es la vasculitis y según el tipo de vasculitis, la MNM se presentará con frecuencia variable. Con el objetivo de tener presente la vasculitis como causa de alteraciones del sistema nervioso periférico, se presentará un caso clínico de vasculitis ANCA-p positivo con manifestaciones neurológicas en ausencia de otras alteraciones.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 57 años. Antecedentes: hipertensión arterial, hipotiroidismo. Presenta historia de dos meses de baja de peso y dolor en ambas extremidades inferiores. Evolucionando con paresia de extremidades inferiores y marcha inestable, se agrega debilidad en extremidades superiores. Se hospitaliza para estudio con exámenes destacando: anemia leve, VHS aumentada, función renal normal, estudio panendoscópico e imagenológico sin alteraciones, inmunológicos: ANA 1/160 patrón homogéneo AC-1, complemento normal, antiDNA (-), ANCA P (+), mieloperoxidasa (+), PR3 (+). Inicia tratamiento con metilprednisolona y rituximab, evolucionando favorablemente con remisión sintomática.

Caso autorizado por paciente.

**DISCUSIÓN:** La vasculitis es infrecuente y puede tener múltiples manifestaciones. En este caso llama la atención el compromiso aislado del sistema nervioso. En la literatura se describe que las vasculitis sistémicas pueden presentar inicialmente manifestaciones neurológicas y posteriormente agregarse compromiso en otros órganos siendo variable el tiempo en que esto ocurre.

**CONCLUSIÓN:** Pese a ser una patología infrecuente, es importante tener presente la vasculitis como diagnóstico diferencial de múltiples manifestaciones, y en este caso en particular, las neurológicas. Por otra parte, resultaría interesante poder conocer el desenlace a largo plazo para saber si con el tiempo se presentarán otras manifestaciones, las cuales podrían ayudar a dilucidar el tipo específico de vasculitis.

**PALABRAS CLAVE:** Mononeuropathies Systemic Vasculitis Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibody-Associated Vasculitis

**Autor Corresponsal:** [d.munoz20@ufromail.cl](mailto:d.munoz20@ufromail.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Dolor torácico anginoso en paciente joven con hipertrofia ventricular izquierda: Reporte de un caso.

Código del Trabajo: CC071

**Autores:** Diego Lara<sup>1</sup>, Antonia Enríquez<sup>1</sup>, María José Landahur<sup>1</sup>, Nicol Escobar<sup>1</sup>

**Tutor:** Luis Escobar<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El dolor torácico (DT) corresponde al 5 a 20% de consultas en el Servicio de Urgencias. El 30% de las consultas por DT corresponden a síndrome coronario agudo, el 70% restante de causa no coronaria. Es importante descartar patologías como disección aórtica y tromboembolismo pulmonar, debido a su alta mortalidad. El DT anginoso típico consiste en un dolor retroesternal opresivo, frecuentemente irradiado a espalda, brazos, cuello o epigastrio

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 28 años con antecedentes de hipertensión arterial desde los 14 años, consulta en el Servicio de Urgencias por palpitaciones y DT opresivo, interescapular de 5 horas de evolución. Se realiza electrocardiograma que indica supradesnivel del segmento ST en pared inferior, troponinas normales. Se decide administrar terapia antiagregante asociada y estatinas. Ecocardiograma identifica hipertrofia ventricular izquierda (HVI) leve con función diastólica y sistólica conservada. Por persistencia de dolor, y al descartar causa coronaria, se realiza AngioTC de tórax sin signos de tromboembolismo pulmonar. Paciente es dada de alta con indicación de estudio ambulatorio de cardiopatía hipertensiva, se solicita consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** En el electrocardiograma de IAM con supradesnivel de ST se evidencia elevación del segmento ST en el punto J de al menos dos derivaciones contiguas  $\geq 1$  mm (exceptuando V2 y V3). En la HVI se observa descenso del ST asimétrico y onda T negativa en derivaciones laterales (DI, aVL, V5 y V6). En el caso de la paciente solo se logró identificar un supradesnivel de 3mm en derivadas inferiores (DII, DIII y AVF), siendo la única alteración presente.

**CONCLUSIÓN:** El dolor torácico es una patología frecuente en urgencias, existiendo causas potencialmente mortales que deben ser descartadas como lo es el infarto agudo al miocardio

**PALABRAS CLAVE:** “Acute coronary syndrome”, “Chest pain”, “Angina Pectoris”

**Autor Corresponsal:** [d.lara02@ufromail.cl](mailto:d.lara02@ufromail.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Esclerosis múltiple de presentación atípica: A propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC072

**Autores:** Antonia Enríquez<sup>1</sup>, Diego Lara<sup>1</sup>, Francisca Martínez<sup>1</sup>, Nicol Escobar<sup>1</sup>

**Tutor:** Luis Escobar<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis múltiple (EM), es una enfermedad autoinmune, donde se produce destrucción de la vaina de mielina de las neuronas del sistema nervioso central, la prevalencia en Chile es de 11,7 por 100.000 habitantes. Los síntomas y signos más frecuentes son: neuritis óptica unilateral aguda, mielopatía parcial y síndromes de tronco cerebral.

Estudio líquido de cefalorraquídeo (LCR) presenta bandas oligoclonales. La resonancia magnética (RM) presenta 2 o más lesiones desmielinizantes hiperintensas en T2 en cerebro o médula espinal.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 28 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por episodio de paresia e hipoestesia de extremidad inferior izquierda, zona inguinal izquierda y perineal, incontinencia de orina, cefalea y disartria en los últimos años. Evaluada por neurólogo destacando monoparesia crural izquierda M4+, hipotónica, hiperreflectiva, Babinski indiferente, hipoestesia izquierda nivel L1-L2. RM dorsolumbar: Hiperintensidad longitudinal centromedular en T11-12. Se hospitaliza por sospecha de mielitis transversa. Evoluciona con aumento de sintomatología, parestesias en silla de montar, aumento del déficit motor. Se realiza RM cerebral/cervical/dorsal: lesión medular cervical antigua, lesión dorsolumbar reciente de aspecto desmielinizante, lesiones periventriculares escasas. En estudio de LCR no muestra bandas oligoclonales. LCR proteínas 153. Se da de alta con sospecha de EM, se solicita consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** Dentro de la clínica típica de EM, presentó debilidad hemiparesia faciobraquial izquierda, paresia e hipoestesia de extremidad inferior izquierda e incontinencia urinaria. A diferencia del cuadro típico, la paciente además consultó por disartria y cefalea, que se describe sólo en 1,6-26% de los casos, dificultando el diagnóstico. En la RM, presentó solo una lesión desmielinizante, no concluyente con una EM típica. Además de ausencia de bandas oligoclonales en LCR.

**CONCLUSIÓN:** La EM es una patología neurológica poco frecuente en nuestro país. Su diagnóstico y tratamiento se pueden ver dificultados en casos de presentación atípica, ya sea en síntomas o en RM, empeorando el pronóstico.

**PALABRAS CLAVE:** “Demyelinating Autoimmune Diseases”, “Multiple Sclerosis”, “Paresis”

**Autor Corresponsal:** [a.enriquez02@ufromail.cl](mailto:a.enriquez02@ufromail.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Parotiditis unilateral en infante inmunizado: A propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC073

**Autores:** Paulina Barra<sup>1</sup>, Diego Lara<sup>1</sup>, Antonia Enríquez<sup>1</sup> Valentina Valencia<sup>1</sup>

**Tutor:** Luis Escobar<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La parotiditis es una enfermedad endémica en todo el mundo, caracterizada por inflamación unilateral o bilateral, sensible y autolimitada de las parótidas u otras glándulas salivales que dura al menos dos días y sin otra causa aparente.

En Chile, el diagnóstico sigue siendo mayoritariamente clínico. Chile tiene una población altamente inmunizada, manteniéndose en la cobertura técnica necesaria para la prevención de brotes epidémicos que es de 75-86%.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 4 años, sin antecedentes mórbidos de relevancia, con programa nacional de inmunización al día, consulta en posta rural por aumento de volumen unilateral de un día de evolución, en relación con parótida derecha, con molestia a la palpación, escaso eritema, sin secreción purulenta, otalgia derecha, sin fiebre. Dirigidamente refiere haber presentado hace 2 días malestar general, mialgias y secreción nasal serosa. Por contexto de atención, se realiza diagnóstico clínico, se notifica por sospecha y se realiza manejo sintomático con antiinflamatorios no esteroideos. Evoluciona con mayor aumento de volumen comprometiendo ángulo mandibular, cediendo al quinto día, sin complicaciones. Se solicita consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** Habitualmente la parotiditis es bilateral, sin embargo, en un tercio de los casos puede ser unilateral, siendo importante plantear el diagnóstico diferencial con obstrucción ductal, quistes y tumores en casos de mala evolución clínica. Cuando la incidencia de parotiditis es baja se deben considerar otros virus que afectan las parótidas, también bacterias gram positivas, micobacterias atípicas y Bartonella.

**CONCLUSIÓN:** La parotiditis es una enfermedad endémica a nivel global, que gracias a los planes de inmunización chilenos se mantiene bajo control. Suele ser bilateral, y en menor porcentaje unilateral, siendo en esta última importante descartar otras causas.

**PALABRAS CLAVE:** Parotiditis, “Glándula Parótida, “Vacuna contra el Sarampión-Parotiditis-Rubéola”

**Autor Corresponsal:** pbarraortiz@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Enfermedad tromboembólica secundario a un déficit de proteína S: A propósito de un caso

Código del Trabajo: CC074

**Autores:** Ana Hurtado<sup>1</sup> Claudia Álvarez<sup>1</sup>, Manuel Godoy<sup>1</sup>, Álvaro Zuñiga<sup>1</sup>

**Tutor:** Gabriel Morales<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

1. Interno de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital de Lolol, Lolol, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las trombofilias son un grupo de enfermedades hereditarias o adquiridas poco frecuentes que predisponen al desarrollo de enfermedades tromboembólicas, debido al déficit o aumento de factores anticoagulantes o procoagulantes. El factor V Leiden es el más común, la protrombina, las deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina representan la mayoría de los casos restantes.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia venosa crónica y trombofilia (déficit de proteína S), sin antecedentes previos de tromboembolismos, en tratamiento con anticoagulantes orales desde 2010, consulta a urgencias el 21/12/21, por cuadro de disnea leve impresionando edema pulmonar agudo, manejada con diuréticos, evoluciona posteriormente hemodinámicamente inestable, hipotensa, taquipneica con necesidad de drogas vasoactivas. Destaca índice internacional normalized ratio (INR) de 8 con discreta elevación de parámetros inflamatorios, estudiándose con angiotomografía que informa tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo subsegmentario en lóbulo superior derecho, sin sobrecarga de ventrículo derecho, asociado a edema pulmonar. El 23/12/21 se descarta síndrome coronario agudo y se inicia tratamiento para TEP. Ingres a sala el 25/12/21 para manejo y ajuste de anticoagulación, evolucionando favorablemente. Se firma consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** La condición de deficiencia de proteína S presente en esta paciente predispone a un mayor riesgo de tromboembolismo. Los eventos tromboembólicos son las principales manifestaciones clínicas de esta condición y pueden tener consecuencias fatales en un paciente sin un diagnóstico oportuno. Además, su manifestación clínica puede ser asintomática o inespecífica como una disnea hasta un TEP masivo.

**CONCLUSIÓN:** Los eventos tromboembólicos son un trastorno multifactorial, que pueden ir desde una condición adquirida predisponentes a eventos trombótico o contar con el antecedente de trombofilia hereditaria al igual que el caso descrito, es por esto que es importante indagar en la anamnesis y obtener un examen físico completo, combinados con una revisión de estudios de diagnóstico por imágenes y pruebas de laboratorio de rutina.

**PALABRAS CLAVE:** Thrombophilia, protein S deficiency, pulmonary embolism

**Autor Corresponsal:** AM.HURTADOPALOMINO@GMAIL.COM

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Síndrome de May-Thurner como diagnóstico diferencial de trombosis venosa profunda

**Código del Trabajo:** CC075

**Autores:** Andrés Aguilar<sup>1</sup>, Gonzalo Avendaño<sup>1</sup>, Pedro Muñoz<sup>1</sup>, Marisabel Díaz<sup>1</sup>

**Tutor:** Jose Miguel Osses<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

1. Interno/a de Medicina, Universidad de La Frontera
2. Cirujano General, Universidad de La Frontera

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de May-Thurner (SMT) o síndrome de compresión de la vena ilíaca, es una entidad clínica rara caracterizada por compresión de la vena iliaca común izquierda, entre la arteria ilíaca común y los cuerpos vertebrales<sup>1</sup> que genera insuficiencia venosa y episodios recurrentes de trombosis en miembros inferiores. Más prevalente en el sexo femenino. Se estima que es el causante del 2 - 5% de todas las trombosis venosas

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 44 años con antecedentes médicos de artritis reumatoide y quirúrgicos de colecistectomía, apendicectomía y cesáreas. Consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por aumento de volumen de extremidad inferior izquierda asociado a dolor lumbar. Al examen físico, aumento de volumen de muslo y pierna izquierda, sin aumento de temperatura, sin eritema, ni dolor a la palpación. Pulsos distales presentes. Laboratorio destaca leucocitos 11.350; PCR 13,6. Ecografía Doppler venosa de extremidad inferior izquierda, al ingreso, sin evidencia de trombosis venosa profunda. AngioTAC en fase venosa revela trombosis de vena iliaca externa e iliaca común, por lo que se sugiere reevaluar dirigidamente con ecografía doppler venosa que impresiona trombosis desde el inicio de la vena iliaca común izquierda hasta la vena iliaca externa izquierda. Se hospitaliza para manejo médico con anticoagulación.

**DISCUSIÓN:** La sospecha clínica es muy importante para realizar el diagnóstico de esta patología, tal como se presenta en el caso, se realizaron varios estudios con imágenes para confirmarlo. Si bien se considera una presentación clínica poco frecuente, estudios radiológicos estiman que su prevalencia puede llegar hasta el 76% de pacientes con TVP.

**CONCLUSIÓN:** Presentación clínica poco frecuente, sin embargo se considera subdiagnosticada, por lo que es importante sospechar esta enfermedad en mujeres con historia de edema y/o dolor crónico en pierna izquierda, para poder diagnosticar y otorgar tratamiento oportunamente, así evitar sus complicaciones a largo plazo.

**PALABRAS CLAVE:** May-Thurner Syndrome, Iliac Vein Compression Syndrome, Deep Vein Thrombosis

**Autor Corresponsal:** a.aguilar02@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Carcinoma espinocelular de piel: a propósito de un caso

**Código del Trabajo:** CC076

**Autores:** Arturo Gallardo<sup>1</sup>, Gustavo Gallardo<sup>1</sup>, Sergio Araya<sup>1</sup>, Alexis Contreras<sup>1</sup>

**Tutor:** Ximena Vargas<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

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

2. Medico Cirujano, especialidad Cirugía. Becada subespecialidad Cirugía Cabeza y Cuello, Hospital Clínico Universidad de Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma espinocelular (CEC) es responsable del 10-20% del cáncer de piel, siendo el segundo en frecuencia. La exposición a radiación ultravioleta origina en el queratinocito epidérmico una serie de mutaciones que determinan su aparición. Presenta un 95% de curación, detectado y tratado adecuadamente.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Consentimiento informado adjunto, se presenta caso de mujer de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, psoriasis, anemia perniciosa y daño hepático crónico. Presenta cuadro de 10 meses de evolución de lesión de 4 cm de diámetro, de forma nodular, en cara posterior de pierna izquierda, en relación a lesiones psoriásicas adyacentes, asociada a crecimiento progresivo y episodios de ulceración esporádicos autolimitados. Debido a lo anterior, paciente decide consultar, realizándose estudio con biopsia incisional dando como resultado: carcinoma escamoso infiltrante de piel, moderadamente diferenciado. Por esto último, paciente es hospitalizada para resección oncológica a 1 cm desde borde de la lesión, con resección hasta la fascia, toma de biopsia intraoperatoria con resultado de márgenes negativos y confección de colgajos laterales para rotación y cobertura del defecto. Postoperatorio con buena evolución, colgajo vital y afrontado.

**DISCUSIÓN:** Toda lesión que no cura, localizada en un área expuesta al sol debe ser sospechosa. En pacientes con psoriasis se debe tener alto índice de sospecha, pues añade dificultad en el diagnóstico diferencial, en el tiempo evolución antes de la consulta, y como factor predisponente a desarrollar CEC en pacientes tratados con luz ultravioleta.

**CONCLUSIÓN:** En la práctica clínica un examen dermatológico completo es imprescindible, aun mas en pacientes con psoriasis. La enfermedad misma, como su tratamiento influyen en la distinta presentación y pronóstico del CEC. Como en la mayoría de la patología tumoral maligna un diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental. Recordando que la psoriasis esta asociada también a distintos cánceres extracutáneos.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinoma Espinocelular, lesión premaligna, colgajo

**Autor Corresponsal:** [sergioarayadaveno@gmail.com](mailto:sergioarayadaveno@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Debut de VIH por meningitis criptocócica: reporte de un caso

**Código del Trabajo:** CC077

**Autores:** Marcela Araneda<sup>1</sup>, Pablo Blaschke<sup>1</sup>, Romina Venturelli<sup>1</sup>, Bastián Obreque<sup>1</sup>

**Tutor:** Albán Landeros<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

1. Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera.
2. Médico General, Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La meningitis criptocócica es una causa infrecuente de meningitis, con una alta prevalencia de pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) afectando a 2,4 casos por millón de habitantes.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente 49 años sexo masculino OH crónico y TEC leve de 2 semanas de evolución, traído por un cuadro de rigidez espástica, dificultad del habla y sin control de esfínter. Ingresa al HHA hemodinámicamente estable, al examen neurológico destaca sopor superficial no emite lenguaje ni obedece órdenes, con espasticidad en extremidades inferiores, rigidez de nuca positivo. El TAC de cerebro impresiona lesiones hipodensas frontobasales de etiología no precisada, por lo que solicita RM de cerebro que muestra múltiples lesiones cerebrales, mesencéfalo y puente, de aspecto quístico. Por imágenes sugerentes de neurocisticercosis racemosa se inician corticoides, evolucionando en regulares condiciones generales por lo que se hospitaliza en la UTI para monitoreo neurológico y se decide no iniciar albendazol por eventual deterioro neurológico a la espera de resultado de exámenes. EL laboratorio informa ELISA VIH positivo, CD4: 47, punción lumbar leucocitos 10, eritrocitos 43, proteínas: 1043, glucosa: 3 tinta china con evidencia de criptococos, se inicia tratamiento con anfotericina liposomal, fluconazol. Se solicita permiso a familiares para la publicación de este caso.

**DISCUSIÓN:** En la literatura exponen que la meningitis criptocócica es una infección común en VIH/SIDA, sin embargo la presentación clásica es cefalea, náuseas, vómitos, fiebre, alteración de la conciencia y signos meníngeos, síntomas que no se presentaron en nuestro paciente, encontrándonos con un cuadro de espasticidad de extremidades inferiores y alteraciones del lenguaje explicado por la gran extensión de las lesiones que no son comunes de encontrar.

**CONCLUSIÓN:** Las complicaciones del VIH son totalmente prevenibles con el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, siendo importante mantener un alto índice de sospecha en nuestros pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Meningitis criptocócica; VIH; Inmunosupresión

**Autor Corresponsal:** m.araneda06@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Hepatitis por Mycoplasma: Reporte de un caso

**Código del Trabajo:** CC078

**Autores:** Pamela Véliz<sup>1</sup>, Andrés Maldonado<sup>2</sup>, Carolina Maldonado<sup>3</sup>, Jasmin Contreras<sup>1</sup>

**Tutor:** Celia Chávez<sup>4</sup>

**Afiliaciones:** :

1. Interno 7mo año, Universidad San Sebastián.
2. Estudiante 4to año, Universidad San Sebastián.
3. Estudiante 3er año, Universidad San Sebastián.
4. Pediatra Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La hepatitis se define como una inflamación del hígado con múltiples etiologías, entre ellas las causas virales, donde normalmente la originan virus hepatitis, destacando además Citomegalovirus, Virus Epstein Barr, incluyéndose en menor cuantía otros agentes virales.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 11 años sin antecedentes consulta por cuadro de 18 días de astenia, baja de peso e ictericia. Se hospitaliza en Servicio de Pediatría. Se inicia estudio; en exámenes de laboratorio destaca anemia, hiperbilirrubinemia, aumento de transaminasas, protrombina baja y VHS aumentado. Se realiza ecografía abdominal que muestra hepatomegalia difusa. Se realizan serologías para virus hepatitis, CMV y VEB las cuales resultan negativas. Paciente persiste con empeoramiento del estado general y hoja hepática. Se continúa con estudio serológico para Bartonella, Parvovirus B19 y Mycoplasma, resultando positiva IgM para Mycoplasma. Se continúa manejo de soporte y se inicia tratamiento con Azitromicina 400 mg por 7 días con mejoramiento paulatino de hoja hepática. Finalizado el tratamiento se indica alta a domicilio con control ambulatorio en Gastroenterología Infantil donde se constata posterior normalización de hoja hepática..

**DISCUSIÓN:** El mycoplasma es una bacteria que carece de pared celular, el cual se une fácilmente a las superficies mucosas. Suele producir infecciones respiratorias, sobre todo en pacientes jóvenes generando excepcionalmente cuadros extrapulmonares principalmente dermatológicas, cardiovasculares, neurológicas y hematológicas. De igual manera están descritos cuadros de hepatitis por mycoplasma secundarias al cuadro respiratorio las cuales son de carácter leve.

**CONCLUSIÓN:** La hepatitis es una enfermedad con alta prevalencia, su principal etiología son los virus hepatitis mientras que el Mycoplasma es un agente causal principalmente de manifestaciones respiratorias. En este caso se analiza el cuadro de una hepatitis por Mycoplasma complicada que además responde bien a tratamiento y avanza a la resolución completa. Si bien es una etiología muy pocas veces descrita en la literatura debemos sospecharla frente al descarte de microorganismos clásicos.

**PALABRAS CLAVE:** Hepatitis, Mycoplasma, Azitromicina.

**Autor Corresponsal:** Danicmunozm@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Hemorragia digestiva alta, secundaria a Divertículo de Kommerell reporte de Caso

Código del Trabajo: CC079

**Autores:** Rodrigo Forteza<sup>1</sup>, Valentina Valenzuela<sup>1</sup>, Fernanda González<sup>1</sup>, Javiera González<sup>1</sup>,

**Tutor:** Gustavo Valenzuela<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

1. Interno séptimo año Universidad San Sebastian
2. Cirujano Plástico Clinica Bio Bio, Los Angeles 2021

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El divertículo de Kommerell (DK) es una anomalía del desarrollo del arco aórtico caracterizada por un divertículo localizado en la aorta descendente proximal, ya sea arco aórtico izquierdo o derecho, del que surge una arteria subclavia aberrante. Se encuentra presente en 0,5-2% de la población. Suele ser asintomático, pero puede producir síntomas en un 5%, por dilatación del divertículo

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes mórbidos, hospitalizado por Covid 19. Presenta cuadro de compromiso estado general, dispepsia, dolor abdominal, palpitations, mareos y melena. Evoluciona tórpidamente con shock hemorrágico, por lo que se realiza transfusión masiva y Endoscopia digestiva alta (EDA), que demuestra, lesión ulcerada a 25 cm de la arcada dentaria que impresiona traumática por lo que se instalan clips. Al día siguiente presenta Hemorragia digestiva alta (HDA) con compromiso hemodinámico, se realiza nueva EDA y se instala sonda sengstaken en pabellón. Retiro de balón frustra por resangrado de aproximadamente 1500cc y severo compromiso hemodinámico, siendo imposible resolución de sangrado. Se realiza Tomografía que informa subclavia aberrante, DK en directa relación con sitio de sangrado. Evoluciona con nuevo episodio de HDA siendo politrasfundido, se solicita pabellón de hemodinamia para resolución endovascular, se realiza Angioplastia con Stent cubierto Advanta colocada en Arteria Subclavia aberrante, se transfunde 4 U GR intraoperatorio. Control angiográfico evidencia cobertura del defecto. Se retira balón de Sengstaken evidenciando cese del sangrado digestivo. Evolución clínica favorable, sin inestabilidad hemodinámica ni resangrados, por lo que se da de alta. Se cuenta con consentimiento informado del paciente.

**DISCUSIÓN:** En este caso en particular la intervención endovascular precoz favoreció la recuperación favorable del paciente.

**CONCLUSIÓN:** Las hemorragias resultantes de las comunicaciones arteriales con el tubo digestivo, son raras y generalmente mortales, no sólo por su característica intensidad, sino también por la dificultad de determinar su origen e indicar el tratamiento quirúrgico oportuno..

**PALABRAS CLAVE:** Divertículo de Kommerell, Hematemesis, Arteria Subclavia, Covid-19

**Autor Corresponsal:** [r.forteza.bustos@gmail.com](mailto:r.forteza.bustos@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Hidatidosis pulmonar y hepática sincrónica complicada: Reporte de un caso

**Código del Trabajo:** CC080

**Autores::** Daniela Aravena<sup>1</sup>, Constanza Pinilla<sup>1</sup>, Carolina Morales<sup>1</sup>, Catalina Schade<sup>1</sup>,

**Tutor:** Ricardo Varas <sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

1. Interna Universidad San Sebastián

2. Cirujano, Centro Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** Hidatidosis es una zoonosis parasitaria mundialmente distribuida, causada por *Equinococcus* spp. En Chile, se considera endémica, y afecta principalmente zonas rurales-ganaderas, donde se convive con animales hospedadores del parásito. La sintomatología y gravedad asociada depende de la complicación y ubicación de los quistes producidos por larvas hijas. Afecta generalmente un solo órgano (70% hígado), pero en un 10-15% se comprometen dos o más.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino, rural, de 59 años consulta por compromiso del estado general, disnea, dolor pleurítico y abdominal difuso. Radiografía de tórax de ingreso evidenció lesión quística tabicada en pulmón derecho además de gran opacidad hepática. En primera instancia paciente rechazó tratamiento. Re-consultó a los días con signos de insuficiencia respiratoria aguda. Escáner torácico evidenció quiste hidatídico pulmonar (QHP) derecho complicado, con pnoneumotórax. Se realizó pleurostomía de urgencia, sin embargo, requirió toracotomía exploradora para extracción de membranas hidatídicas y decorticación pleuropulmonar. En post-operatorio temprano, persistió con débito purulento por los drenajes pleurales. Escáner de control mostró mínimo derrame pleural y quiste hidatídico hepático (QHP), sincrónico, por lo que se planteó probable fistulización hacia tórax. Se drena quiste hepático dando salida a contenido purulento, con lo que débito pleural disminuye notoriamente. Se cuenta con consentimiento informado de paciente.

**DISCUSIÓN:** La hidatidosis afecta principalmente al hígado (70%) y pulmón (20%); Comúnmente asintomática; Pero 0.5-0.6% tiende a complicarse con ruptura, la cual puede ser contenida, directa o comunicada. Los síntomas y la gravedad inicial de nuestro paciente se explican por el tamaño del QHH, y la asociación del QHP a absceso y empiema. .

**CONCLUSIÓN:** Si bien, la prevalencia de la hidatidosis ha ido disminuyendo en nuestro país sigue siendo endémica, y aunque tiene regiones de mayor prevalencia, siempre debe considerarse en todo paciente que presente factores de riesgo; Sobre todo al poder presentarse con síntomas tan comunes como disnea y dolor torácico .

**PALABRAS CLAVE:** Quiste hidatídico, Hidatidosis, *Equinococcus*

**Autor Corresponsal:** [Daniaravenaar@gmail.com](mailto:Daniaravenaar@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Obstrucción intestinal secundaria a hernia interna producida por divertículo de Meckel, reporte de caso

Código del Trabajo: CC081

**Autores:** Ninoscka Bello<sup>1</sup>, Felipe Castillo<sup>2</sup>

**Tutor:** Claudio Nome<sup>3</sup>, Karen Princic<sup>3</sup>

**Afiliaciones:** :

1. Interna de Medicina, Universidad de la Frontera.
2. Residente de Cirugía Infantil, Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Hernán Henríquez Aravena.
3. Cirujano Pediátrico, Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Hernán Henríquez Aravena

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** Divertículo de Meckel, malformación congénita más frecuente del intestino delgado, corresponde a un remanente del conducto vitelino.

La incidencia se estima en un 2%. Sólo el 4% de los pacientes son sintomáticos disminuyendo el riesgo a mayor edad.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masulino, 8 años consulta por cuadro de tres días de evolución de diarrea, náuseas, vómitos post prandiales anorexia, astenia y ausencia de deposiciones en el último día ,elevación discreta de parámetros inflamatorios. Reconsulta en dos oportunidades con manejo sintomático pero mala evolución. Al examen físico tercera consulta con abdomen distendido, RHA (+) con resistencia muscular, sensible difusamente sin signos de irritación peritoneal. TC Abdomen compatible con obstrucción Intestinal.

Se inició tratamiento antibiótico. Ingresó a pabellón evidenciando asas dilatadas de intestino delgado y DM que generaba hernia interna por implantación de su base pediculada hacia mesenterio del íleon proximal generando obstrucción intestinal mecánica. Se solicitó consentimiento informado a madre del paciente para publicar caso.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** La presentación clínica del DM, la mayoría son asintomáticos; pero aquellos sintomáticos imitaran enfermedades intestinales que requerirán una laparotomía exploradora. El 53% de las diverticulectomías de Meckel se realizan antes de los 4 años.

Los síntomas dependen de la configuración del remanente y la mucosa ectópica presente. Las tres presentaciones más frecuentes en niños son la hemorragia intestinal (30-56%), la obstrucción intestinal (14-42%) y la inflamación diverticular (6-14%). Nuestro paciente manifestó una presentación en edad tardía (8 años) y además la etiología de la obstrucción intestinal generada por una hernia interna secundaria a banda mesodiverticulares. Siendo esta etiología poco frecuente y poco descrita en la literatura. Este reporte de caso pretende aportar a la literatura su escasa presentación a edad tardía.

**PALABRAS CLAVE:** Obstrucción intestinal, Divertículo ileal, Hernia.

**Autor Corresponsal:** [alejandra14bello@gmail.com](mailto:alejandra14bello@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Manejo de derrame pleural recidivante de etiología no precisada, reporte de un caso

Código del Trabajo: CC082

**Autores:** Francisca Martínez<sup>1</sup>, Antonia Enríquez<sup>1</sup>, Diego Lara<sup>1</sup>, Nicol Escobar<sup>1</sup>

**Tutor:** Luis Escobar<sup>2</sup>.

**Afiliaciones:** :

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El derrame pleural (DP) corresponde a la presencia de líquido en la cavidad pleural que puede ser transudado o exudado. En Chile la incidencia es de 400 casos por 100.000 habitantes. Un 70% de los DP son secundarios a insuficiencia cardíaca, infecciones y neoplasias. En los DP recidivantes, la causa suele ser maligna. Dentro de los no malignos, la insuficiencia cardíaca (57%) e hidrotórax hepático (37%) son las más comunes.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Paciente femenina de 46 años, sin antecedentes, consulta por disnea progresiva de 9 días de evolución, sin tos ni expectoración. Al examen físico afebril, saturación 85% ambiental, con apremio ventilatorio, matidez y murmullo pulmonar abolido en hemitórax derecho. Se realiza radiografía de tórax evidenciando DP derecho masivo, se decide hospitalizar. Tomografía computarizada (TC) y toracocentesis indican DP bilateral de carácter exudativo, cultivos negativos. Se inicia Ceftriaxona por 7 días y toracocentesis evacuadora. Por mala evolución clínica, se instala drenaje pleural y se traslada a unidad paciente crítico. TC confirma resolución de empiema pleural, se inicia terapia corticoidal sistémica e inhalatoria. Presenta recidiva dos semanas después, por lo que se inicia Vancomicina y Tazonam por 10 días, es completado con discreta disminución de empiema. Se realiza toracocentesis evacuadora, se da de alta con drenaje, para eventual pleurodesis.

**DISCUSIÓN:** En el manejo del DP recidivante se suele realizar toracocentesis, máximo tres veces. Se optimiza la terapia médica. En caso de refractariedad, se instala catéter pleural o pleurodesis. En éste caso se trató con antibioterapia y se realizó 2 veces toracocentesis evacuadora, posterior a la cuál se instala drenaje y eventual pleurodesis.

**CONCLUSIÓN:** Es importante un adecuado y precoz estudio de los derrames pleurales, puesto que al ser recidivantes, su manejo es más complejo y costoso.

**PALABRAS CLAVE:** “Pleural Effusion”, “Pleural Diseases”, “Empyema, Pleural”

**Autor Corresponsal:** f.martinez12@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Tratamiento endovascular en isquemia mesentérica: A propósito de un caso.

**Código del Trabajo:** CC083

**Autores:** Isidora Lorenzi<sup>1</sup>, Sofía Otero<sup>1</sup>, Carla Ortega<sup>1</sup>, Catalina Oyarzún<sup>1</sup>

**Tutor:** Martín Alanís<sup>2</sup>.

**Afiliaciones:** :

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

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

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una enfermedad caracterizada por la interrupción del suministro sanguíneo a distintas porciones del intestino delgado, llevando a necrosis y cambios inflamatorios. Es potencialmente mortal, a menudo resultando en gran morbilidad, su diagnóstico e intervención precoz mejoran el resultado.

El tratamiento de referencia es laparotomía abierta con revascularización mesentérica y resección del intestino necrótico. Recientemente han demostrado resultados prometedores las técnicas endovasculares en combinación con terapia farmacológica.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 56 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial, hipotiroidismo, enfermedad celíaca y cardiopatía estructural en tratamiento con antiarrítmicos. Hospitalizada por cetoacidosis diabética, evolucionó con dolor abdominal de inicio súbito; se tomó AngioTAC compatible con isquemia mesentérica por suboclusión de arteria mesentérica superior. Por radiología intervencional se realizó angiografía selectiva, trombolisis farmacológica y tromboaspiración exitosa, sin embargo, evolucionó con persistencia del dolor, se exploró mediante laparotomía que objetivó necrosis mesentérica, resecándose 150 cm de intestino delgado. Evolucionó con múltiples patologías asociadas a larga estadía hospitalaria, hasta alcanzar la estabilidad clínica para reconstitución de tránsito intestinal y el alta médica. Se obtuvo consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** Las técnicas endovasculares en IMA han demostrado mejoría en morbimortalidad a corto plazo. Deben intentarse en presentaciones tempranas de la enfermedad y cualquier evidencia de necrosis intestinal o infarto excluyen su uso, ya que esta terapia es incapaz de evaluar la viabilidad intestinal. Se reporta que del 14 al 59% de IMA tratadas con terapia endovascular finalmente requieren resección intestinal, como en nuestro caso, debe realizarse una observación estrecha de los pacientes por el potencial desarrollo de peritonitis por necrosis intestinal.

**CONCLUSIÓN:** La IMA es una emergencia quirúrgica que requiere de la restauración precoz del flujo mesentérico para minimizar la morbimortalidad. Un primer abordaje endovascular mejora los resultados en el postoperatorio inmediato, sin embargo requieren de una observación estrecha por el desarrollo potencial de complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Isquemia mesentérica, trombectomía mecánica por aspiración, fibrinólisis local”

**Autor Corresponsal:** [isidora.lorenzi@gmail.com](mailto:isidora.lorenzi@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## C A S O C L Í N I C O

### Osteolipoma submentoniano, un raro tumor, presente en paciente pediátrico. Reporte de caso.

**Código del Trabajo:** CC084

**Autores:** Jasmin Contreras<sup>1</sup>, Nicol Condeza<sup>1</sup>, Rodrigo Forteza<sup>1</sup>, Angela Torres<sup>2</sup>

**Tutor:** Cristian Luna<sup>3</sup>.

**Afiliaciones:** :

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción
2. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción
3. Cirujano Infantil, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** Los lipomas son tumores de tejido blando benignos con mayor prevalencia en adultos y pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo humano. Estos pueden tener subtipos histológicos según el predominio de tejido. Siendo una rara variante el osteolipoma o lipoma osificante que representa a menos del 1% de los casos, compuesto de tejido adiposo y hueso laminar maduros. Por el amplio diagnóstico diferencial se emplea la citogenética en búsqueda de aberraciones cromosómicas para confirmar el diagnóstico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Previo consentimiento informado. Pre-adolescente masculino de 12 años, sano. Consulta por aumento de volumen circunscrito en región cervical desde hace 2 años que ha ido en aumento, sin síntomas compresivos. Al examen físico se observa aumento de volumen submentoniano palpándose masa dura, móvil, bien delimitada de aproximadamente 4 cm de diámetro. En ecotomografía cervical anterior se observa formación con prominente calcificación de etiología incierta, tomografía computarizada maxilofacial posterior compatible con quiste dermoide. Mediante cirugía de abordaje externo submandibular, se logra la completa extirpación de masa 5 cm de diámetro pese a fuerte adhesión al periostio. El análisis de la pieza operatoria resulta en un osteolipoma.

**DISCUSIÓN:** Por lo general las masas cervicales de crecimiento lento no presentan mayor clínica, en este caso el paciente no presentaba sintomatología alguna, pero a pesar de su naturaleza benigna en el estudio es importante el diagnóstico diferencial con liposarcoma para lo cual la biopsia resulta esencial.

**CONCLUSIÓN:** Los osteolipomas son neoplasias extremadamente infrecuentes, sobre todo en pediatría por lo que la literatura es escasa y requiere un alto índice de sospecha. Los hallazgos clínico-radiológicos son inespecíficos por lo que la histología y citología son esenciales para la confirmación. Estos son susceptibles a cirugía excisional con prácticamente nula recurrencia.

**PALABRAS CLAVE:** Lipomas, Osteolipoma, Citogenética

**Autor Corresponsal:** [Jasz.contreras.c@gmail.com](mailto:Jasz.contreras.c@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Actualización epidemiológica de defunciones secundarias a Enfermedad de Chagas en Chile entre 2000 y 2016

Código del Trabajo: TI-01

Autores: Camila Fuentes<sup>1</sup>, Matias Cuyul<sup>1</sup>, Juan Monsalve<sup>1</sup>, Estefanía Muñoz<sup>1</sup>

Tutor: Dra Carola Cerda<sup>2</sup>.

Afiliaciones:

1. Interno Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
2. Médico cirujano, Cecof El Salar, Universidad de la Frontera, Temuco

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Chagas (EdC) es una infección parasitaria provocada por el protozoo *Trypanosoma Cruzi* (TC). Registra una prevalencia de seropositividad cercana al 1.2 % en población general. Aunque es una infección tratable en fase aguda, es su fase crónica la que genera mayor mortalidad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Objetivo: realizar actualización epidemiológica de defunciones secundarias a EdC entre los años 2000-2016 en Chile.

Estudio observacional descriptivo con datos obtenidos de anuarios estadísticos del Instituto Nacional de Estadística de Chile según el Código CIE B57, base de datos de libre acceso. Se evaluó el total de muertes en Chile en 2000-2016 según género, edad, región y año, con posterior análisis mediante Microsoft Excel®.

**RESULTADOS:** Se informó un total de 1122 muertes durante el periodo, correspondientes al 0.07% del total, promedio de  $66 \pm 13$  muertes/año, de los cuales el 58.02% (n:651) fueron hombres. La mayor mortalidad se registró el 2015 (n:92) con una tasa de mortalidad de 5.11 por millón de habitantes (pmh), y la menor en 2000 (n:50) con una tasa de 3.2 pmh. El grupo etario más afectado fue >80 años (36.09%, n:405). La Región de Coquimbo tiene el mayor número de muertes, 49.73% (n:558), mientras que las regiones de la Antártida, Magallanes, Los Lagos y El Maule no presentan muertes por EdC.

**DISCUSIÓN:** En la región de Coquimbo existe un aumento de prevalencia (2.8 %) y mortalidad, dado principalmente por las condiciones ambientales que favorecen la multiplicación vector de TC. Así, en climas fríos y húmedos los casos son mínimos.

**CONCLUSIÓN:** La EdC no es una causa de muerte frecuente en Chile, pero existen zonas endémicas en las que resulta una causa de muerte prevenible tras el control de vector y el parásito, por ello se vuelve prioritario optimizar y promover la vigilancia epidemiológica.

**PALABRAS CLAVE:** Epidemiology; Chagas disease, Mortality

**Autor Corresponsal:** Camilaisaf20@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Caracterización epidemiológica de pacientes controlados en programa de salud cardiovascular, CESFAM Trovolhue, período 2020-2021

**Código del Trabajo:** TI-02

**Autores :** Andrea Collipal<sup>1</sup>, Camila Cumicheo<sup>1</sup>, Alejandra Contreras<sup>2</sup>, Javier Muñoz<sup>2</sup>, Rosita Gutierrez<sup>2</sup>

**Tutor:** Marielvic Zambrano<sup>3</sup>.

**Afiliaciones:** :

1. Interno Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
3. Médico General ,CESFAM Trovolhue, Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** Las enfermedades del sistema circulatorio representaron la segunda causa de muerte en Chile y en la Araucanía el año 2019. El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud, para reducir las enfermedades cardiovasculares, complicaciones y las muertes asociadas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal con obtención de datos del programa “eh-open SIS Cardiovascular” autorizado por dirección del establecimiento. La muestra está conformada por los pacientes ingresados al PSCV del CESFAM de Trovolhue, controlados entre enero de 2020 y diciembre de 2021 (n=674). El objetivo es caracterizar a los pacientes según distintas variables de estudio, que fueron: sexo, edad, riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. .

**RESULTADOS:** Se controlaron 674 pacientes, un 61% correspondió al género femenino, 39% al masculino, la edad promedio fue de 67,11 años (DS±11,1, rango: 17-99). El 15% presentó bajo riesgo cardiovascular, 14% moderado y 71% alto. Un 92% presentó hipertensión(44% compensados), 46% fueron diabéticos (31% compensados) y un 51% presentó dislipidemia.

**DISCUSIÓN:** Los pacientes del PSCV del CESFAM de Trovolhue presentan un mayor riesgo cardiovascular y menor porcentaje de compensación de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en comparación con PSCV de otras localidades a nivel nacional y regional . Entre sus similitudes destaca un predominio del sexo femenino por sobre el masculino dentro de los usuarios del programa. Al analizar la frecuencia de las patologías cardiovasculares, la hipertensión posee mayor frecuencia en comparación a la diabetes mellitus, siendo estos datos concordantes con la literatura.

**CONCLUSIÓN:** Conocer el perfil epidemiológico del PSCV del CESFAM de Trovolhue permite un mejor abordaje y control de las patologías cardiovasculares para el cumplimiento de metas sanitarias otorgadas por el ministerio de salud.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad cardiovascular, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiovascular diseases, Hypertension

**Autor Corresponsal:** a.collipal02@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Caracterización epidemiológica de pacientes diabéticos controlados en programa de salud cardiovascular del CESFAM Trovolhue, período 2020-2021

**Código del Trabajo:** TI-03

**Autores :** Andrea Collipal<sup>1</sup>, Camila Cumicheo<sup>1</sup>, Rosita Gutierrez<sup>2</sup>, Alejandra Contreras<sup>2</sup>, Javier Muñoz<sup>2</sup>

**Tutor:** Marielvic Zambrano<sup>3</sup>.

**Afiliaciones:** :

1. Interno Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
3. Médico General ,CESFAM Trovolhue, Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La diabetes mellitus es un problema prioritario de salud pública ya que se asocia a múltiples complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares, que disminuyen la esperanza y calidad de vida.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal con obtención de datos del programa "Eh-open SIS Cardiovascular". La muestra está conformada por los pacientes diabéticos controlados en el programa de salud cardiovascular del CESFAM de Trovolhue, controlados entre 2020 – 2021 (n=311).El objetivo es caracterizar la muestra mediante el estudio de variables como: sexo, edad, insulinoquirientes, amputación por pie diabético, asociación con hipertensión arterial(HTA), hemoglobina glicosilada, antecedente de accidente cerebrovascular (ACV) y estimación de riesgo en pie diabético.

**RESULTADOS:** Se controlaron 311 pacientes diabéticos, 41,1% fueron hombres, 58,9% mujeres, la edad promedio fue 65,04 años ( DS: 10,7 rango:17-95 ). De los cuales 31% estaban compensados, un 20,9% eran insulinoquirientes, 1,9% presentaron amputación por pie diabético, 80,7% tenían asociado HTA, 10,2% poseían hemoglobina glicosilada mayor a 9%, 0,64% presentaban antecedente de ACV y según la evaluación de pie diabético un 50.8 % corresponden a riesgo bajo, 15.4% riesgo moderado, 9,6% riesgo alto y 4,2% riesgo máximo.

**DISCUSIÓN:** La población analizada muestra un predominio de mujeres y adultos mayores, lo que coincide con otros estudios. La condición de salud de los pacientes está por debajo lo esperado, ya que sólo un 31% está compensado; este porcentaje no sobrepasa la meta sanitaria(45%). Un 69% de pacientes presentaron mal control metabólico, evidenciándose en el mayor porcentaje de amputación con respecto a nivel nacional (0,5% versus 1.9%) ..

**CONCLUSIÓN:** Los resultados de este estudio han permitido conocer el nivel de cumplimiento de las recomendaciones ministeriales, observándose que el porcentaje de compensación no supera la meta, lo que recalca la importancia de cumplir recomendaciones para así retrasar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad cardiovascular, Diabetes Mellitus, Pie diabético, Cardiovascular diseases

**Autor Corresponsal:** a.collipal02@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Caracterización epidemiológica de pacientes del programa de salud cardiovascular del CECOSF Carahue, período 2020-2021

**Código del Trabajo:** TI-04

**Autores :** Camila Cumicheo<sup>1</sup>, Andrea Collipal<sup>1</sup>, Andrea Fuentes<sup>1</sup>, Alejandra Contreras<sup>2</sup>, Javier Muñoz<sup>2</sup>

**Tutor:** Marielvic Zambrano<sup>3</sup> .

**Afiliaciones:** :

1. Interno Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
3. Médico General ,CESFAM Trovolhue, Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen un problema de salud pública al ser la segunda causa de muerte e incapacidad a nivel nacional y regional; siendo la diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia, factores ampliamente conocidos de riesgo cardiovascular elevado.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal con obtención de datos del programa “Eh-open SIS Cardiovascular” autorizado por dirección del establecimiento. La muestra está conformada por los pacientes ingresados al programa de salud cardiovascular (PSCV) del CECOSF de Carahue, controlados entre enero de 2020 y diciembre de 2021 (n=290). El objetivo es caracterizar a los pacientes según distintas variables de estudio, que fueron: sexo, edad, riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia.

**RESULTADOS:** Se controlaron 290 pacientes, un 64,1% correspondió al género femenino, 35,9% al masculino, la edad promedio fue de 66,36 años (DS±10,5, rango: 31-104). El 22% presentó bajo riesgo cardiovascular, 20% moderado y 58% alto. Un 74% de la muestra fue hipertensa(46% compensados), 46% fueron diabéticos (39% compensados) y un 42% presentaba dislipidemia.

**DISCUSIÓN:** Al comparar los resultados obtenidos con diversos estudios de similar índole realizados en otras localidades de Chile y de la Araucanía, los pacientes presentan un riesgo cardiovascular equiparable en comparación con otros PSCV. Sin embargo, los niveles de compensación son bajos, en comparación a otros programas. Destaca el predominio del sexo femenino dentro de los usuarios del programa. Al analizar la frecuencia de las patologías cardiovasculares, la hipertensión posee mayor frecuencia en comparación a la diabetes mellitus, siendo estos datos concordantes con la literatura.

**CONCLUSIÓN:** Caracterizar epidemiológicamente a los usuarios del PSCV del CECOSF de Carahue, permite obtener una visión amplia de la realidad local y así instaurar abordajes terapéuticos dirigidos para un mejor control de las patologías cardiovasculares y cumplimiento de metas sanitarias otorgadas por el ministerio de salud.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad cardiovascular, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiovascular diseases, Hypertension

**Autor Corresponsal:** c.cumicheo01@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Manifestaciones clínicas de fascitis necrotizante

**Código del Trabajo:** TI-05

**Autores :** K. Guzmán Padilla<sup>1</sup>, I. Monsalve Gayoso<sup>1</sup>, L. Riquelme Traip<sup>1</sup>, C. Alarcón Correa<sup>1</sup>, R. Gayoso Neira<sup>2</sup>

**Tutor:** J. Bernales Maldonado<sup>3</sup>.

**Afiliaciones:** :

1. Internos de Medicina, UFRO.

2. Médico internista diabetóloga, Magíster en Epidemiología clínica, Universidad de La Frontera.

3. Médico cirujano, subespecialista en cirugía plástica.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La fascitis necrotizante (FN) es una enfermedad infecciosa de la piel y del tejido subcutáneo, con necrosis extensa y compromiso sistémico asociado. El diagnóstico de FN es comúnmente tardío por la inespecificidad de sus síntomas, condicionando una mayor morbimortalidad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal de adultos con diagnóstico de fascitis, fascitis necrotizante y gangrena Fournier del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena desde año 2010 al 2021. Se recolectó datos de la presentación clínica desde ficha médica, previo consentimiento del comité de ética. Análisis estadístico de proporciones con EXCEL.

**RESULTADOS:** Se analizó 115 fichas de pacientes con FN. De 106 fichas que contaban con la información, se consignó la presentación clínica al ingreso: 87.7% (93) se presentó con dolor, 85.5%(91) con aumento de volumen, 76.4%(81) con eritema (76.4%), 55.6%(59) con secreción de la herida, 36,7% (39) con fiebre, 35,8%(38) con necrosis, 18,8%(20) con bulas, 10.3%(11) con crépitos, 5,6%(6) con induración, 3,7%(4) con vómitos, 1,8%(2) con compromiso de conciencia, 1.8% (2) con calor local, 0.9% (1) con ulceración. De 101 pacientes que contaban con información de la frecuencia cardiaca al ingreso: 1.98% (2) se presentaron bradicárdicos, 53.4% (54) normocárdicos y 44.5%(45) taquicárdicos. De 93 pacientes que constataron la presión arterial al ingreso, 12 se presentaron con hipotensión (12.9%), 53 con normotensión (56.9%) y 28 con hipertensión (30.1%).

**DISCUSIÓN:** Las principales manifestaciones clínicas de FN fueron dolor, aumento de volumen y eritema, coincidiendo con los signos clínicos más prevalentes en la literatura. En relación a la hemodinamia de los pacientes al ingreso, a pesar de que la mayoría se presentó con normocardia y normotensión, un alto porcentaje de pacientes presentaron taquicardia, hipertensión o hipotensión.

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes que desarrollan fascitis necrotizantes presentan en su mayoría sintomatología inespecífica, signos clásicos como fiebre, necrosis y bulas suelen estar ausentes.

**PALABRAS CLAVE:** Necrotizing fasciitis; Necrotizing soft-tissue infections; Fournier's gangrene

**Autor Corresponsal:** kguzmanpadilla@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Fasciitis necrotizante: Características microbiológicas

**Código del Trabajo:** TI-06

**Autores :** I. Monsalve Gayoso<sup>1</sup>, L. Riquelme Traipi<sup>1</sup>, C. Alarcón Correa<sup>1</sup>, K. Guzmán Padilla<sup>1</sup>, R. Gayoso Neira<sup>2</sup>

**Tutor:** J. Bernaldes Maldonado<sup>3</sup>.

**Afiliaciones:** :

1. Internos de Medicina, UFRO.

2. Médico internista diabetólogo, Magíster en Epidemiología clínica, Universidad de La Frontera.

3. Médico cirujano, subespecialista en cirugía plástica.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** Fasciitis necrotizante (FN) es una infección rápidamente progresiva, con necrosis extensa y compromiso del tejido subcutáneo y fascia, subsecuentemente toxicidad sistémica y alta mortalidad. El conocimiento de las características microbiológicas locales de FN es imprescindible para la elección de un esquema antimicrobiano empírico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal de pacientes adultos con diagnóstico de fasciitis, fasciitis necrotizante o gangrena Fournier del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena desde año 2010 al 2021. Previo consentimiento comité de ética se recolectó datos biosociodemográficos y microbiología, desde la ficha clínica. Análisis estadístico de proporciones con EXCEL.

**RESULTADOS:** Se analizaron 115 fichas de pacientes con FN. 66 Mujeres (57,4%), y 49 hombres (42,6%). El promedio de edad fue 56,68 años (Entre 21-91 años). Se realizó cultivo en 111 pacientes (96,5%), 107 fueron positivos (96%), y 4 negativos (4%). En 51,4% se aisló solo 1 microorganismo, 48,6% fue polimicrobiano. 18,4% de las infecciones fueron intrahospitalarias, 81,6% comunitarias. Un total de 182 patógenos fueron aislados en 111 pacientes. Enterococcus faecalis fue aislado en 38,7% cultivos (43), Escherichia coli 21,6% (13), Staphylococcus aureus 18,92%(21), Staphylococcus epidermidis 11,71% (13), Pseudomona aeruginosa 9,01% (10), Klebsiella pneumoniae 9,01% (10), Acinetobacter baumannii 6,31%(7%), Enterococcus faecium 6,31%(7), Proteus mirabilis 5,41%(6), Staphylococcus haemolyticus 5,41%(6), Candida albicans 4,5%(5), Streptococcus agalactiae 3,6%(4), Streptococcus anginosus 2,7%(3), Citrobacter freundii 2,7%(3), Streptococcus pyogenes 1,8%(2), Staphylococcus hominis 1,8%(2), Enterobacter cloacae 1,8%(2) y otros 12,61%(14).

**DISCUSIÓN:** El microorganismo más frecuentemente aislado fue Enterococcus faecalis, seguido por Escherichia coli y Staphylococcus aureus. En la literatura, la distribución de microorganismos es variable siendo más comúnmente aislados: Staphylococcus aureus, Streptococcus grupo A, Escherichia coli y Klebsiella.

A pesar de que Streptococcus pyogenes es reconocido como una de las principales bacterias causantes de FN, en el estudio presentado solo se aisló en 2 oportunidades.

**CONCLUSIÓN:** La distribución microbiológica de FN local difiere de estudios internacionales.

**PALABRAS CLAVE:** Necrotizing fasciitis; Necrotizing soft-tissue infections;  
(son 3)

**Autor Corresponsal:** [isamonsalve.g@gmail.com](mailto:isamonsalve.g@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Fasceitis necrotizante: perfil epidemiológico

**Código del Trabajo:** TI-07

**Autores :** L. Riquelme Traipi<sup>1</sup>, I. Monsalve Gayoso<sup>1</sup>, C. Alarcón Correa<sup>1</sup>, K. Guzmán Padilla<sup>1</sup> R.

Gayoso Neira<sup>2</sup>

**Tutor:** J. Bernaldes Maldonado<sup>3</sup>.

**Afiliaciones:** :

1. Internos de Medicina, UFRO.

2. Médico internista diabetóloga, Magíster en Epidemiología clínica, Universidad de La Frontera.

3. Médico cirujano, subespecialista en cirugía plástica.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** La fascitis necrotizante (FN) es una necrosis extensa y rápidamente progresiva de la fascia y tejido subcutáneo, con consecuente compromiso sistémico severo y, una mortalidad entre 20 y 30%. Dado lo heterogéneo del cuadro, resulta crítico conocer las características epidemiológicas locales de los pacientes con FN.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal de adultos con diagnóstico de: fascitis, fascitis necrotizante y gangrena Fournier del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena desde año 2010 al 2021. Se recolectó datos biosociodemográficos desde ficha clínica, previo consentimiento del comité de ética. Análisis estadístico de proporciones con EXCEL.

**RESULTADOS:** De un total de 115 pacientes, 57,4% (66) fueron mujeres y 42,6% (49) hombres, la edad promedio fue 56,7 años, un 59% (65) tiene entre 30 y 60 años. Las comorbilidades fueron: hipertensión arterial (HTA)(60%), diabetes (56,5%), cáncer (10,4%), enfermedad renal crónica 6,9%(9), hipotiroidismo 5,3%(6), alcoholismo 5,3% y postración 5,3%. Un 38,2%(44) de los pacientes tenía residencia rural. El 12%(14) tenía hábito tabáquico. En cuanto al IMC, 16,5% (19) se encontró en rango normal, 21,7%(25) en sobrepeso y, 40,9%(47) en obesidad. En un 50%(58) de los pacientes no se conoce el factor desencadenante, 12% (14) fue postquirúrgico y 10% (12) trauma. El sitio de infección se localizó en extremidades inferiores en un 31,3% (36), genitales 30,4%(35) y tronco 25,2%(29). Un 78,3%(90) se originó en la comunidad y un 17,4%(20) intrahospitalarias.

**DISCUSIÓN:** En los pacientes con FN prevalece el sexo femenino. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes, HTA y cáncer, coincidente con la literatura, a lo que sumamos el gran porcentaje de obesidad. El sitio de infección más comprometido fueron las extremidades inferiores, reconocidas en los demás estudios.

**CONCLUSIÓN:** Se debe sospechar FN en pacientes de toda edad con comorbilidades prevalentes, una infección severa que proviene principalmente de origen comunitario.

**PALABRAS CLAVE:** Necrotizing fasciitis; Necrotizing soft-tissue infections; epidemiology)

**Autor Corresponsal:** Iriquelme03@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Actualización epidemiológica de defunciones secundarias a tumores malignos óseos y de cartílagos articulares en Chile

Código del Trabajo: TI-08

**Autores:** Matías Cuyul<sup>1</sup>, Camila Fuentes<sup>1</sup>, Juan Monsalve<sup>1</sup>, Estefanía Muñoz<sup>1</sup>, Esteban Palet<sup>1</sup>

**Tutor:** Javier Jara<sup>2</sup>.

**Afiliaciones:** :

1. Internos de Medicina, UFRO.

2. Médico cirujano, residente Traumatología y Ortopedia Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores malignos primarios de huesos y cartílagos articulares son lesiones poco frecuentes, que representan menos del 0.2% de las neoplasias malignas, pero que son causa importante de morbilidad y mortalidad por cáncer, especialmente entre los jóvenes.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Objetivo: Realizar una actualización epidemiológica de defunciones secundarias a tumores malignos de huesos y cartílagos articulares en Chile entre los años 2000-2016. Estudio observacional, descriptivo, ecológico. Los datos fueron obtenidos de anuarios estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile según el código CIE-10 C40-C41, información de libre disposición. Se evaluó el total de muertes en Chile desde el 2000 al 2016 según sexo, edad, región y año, con posterior análisis en Microsoft Excel®.

**RESULTADOS:** Se informaron un total de 2122 muertes (0.13% del periodo), con un promedio de 124±15,1 muertes/año, siendo 55.23% hombres (n:1172). La mayor mortalidad se registró el 2016 (n:157) con una tasa de mortalidad de 8.63 muertes por millón de habitantes (pmh) y la menor el año 2001 (n:103) con una tasa de 6.63 pmh. El grupo etario más afectado fue >80 años (16.63%). La región con mayor cantidad de decesos fue la Región Metropolitana (37.51%), seguida de Región de Valparaíso (12.29%).

**DISCUSIÓN:** Se observó que la tasa de mortalidad en Chile fue mayor a la reportada en otras series internacionales del mismo periodo (SEER from U.S. con una tasa de 4 pmh), asociado a una tendencia estacionaria en el tiempo, que puede tener relación a retrasos en los procesos diagnósticos por dificultad en el acceso a atención en salud en sectores vulnerables de la población estudiada.

**CONCLUSIÓN:** Los tumores malignos de hueso y cartílagos articulares son entidades poco frecuentes pero que requieren de un diagnóstico precoz para obtener mejores resultados y disminuir la mortalidad en nuestro país.

**PALABRAS CLAVE:** Epidemiology; Bone neoplasms, Mortality

**Autor Corresponsal:** [mati.cuyul.96@gmail.com](mailto:mati.cuyul.96@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de esófago en Chile en el periodo 2016-2021

**Código del Trabajo:** TI-09

**Autores :** Marco San Martín<sup>1</sup>, Thomas Pérez<sup>1</sup>, Patricio Ortega<sup>1</sup>, Bastián Muñoz<sup>1</sup>

**Tutor:** Daniela Carrasco<sup>2</sup>.

**Afiliaciones :**

1. Estudiante de medicina de la Universidad de Concepción
2. Médica cirujana de la Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** El cáncer de esófago posee alta agresividad, presentando alta morbi mortalidad. Es el séptimo cáncer más común a nivel mundial. La edad habitual de presentación es entre 55-70 años. Se presenta predominantemente en hombres con razón 8:1. La sobrevivencia a cinco años es de 20%. En 2010 en Chile la tasa de mortalidad ha sido de 3,8 por 100.000 habitantes. El objetivo general es describir los datos sobre la mortalidad por cáncer de esófago en Chile entre los años 2016-2021.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de carácter descriptivo observacional. Se describió la variable mortalidad de la entidad nosológica c15 (CIE-10), correspondiente a Tumor maligno de esófago, tomando como referencia el periodo 2016 a 2021. La información fue obtenida del Departamento de Estadísticas. Al ser datos obtenidos de una base de datos pública, no requirió evaluación por comité ético-científico. Procesamiento de datos realizado en la plataforma SPSS® y Microsoft Excel®.

**RESULTADOS:** A nivel nacional, sólo en el año 2021 hubo un total de 525 defunciones, con una tasa de defunciones de 2,66 por 100.000 habitantes. La Araucanía presentó la mayor tasa por 1.000 habitantes (0,0657) del país, con un total de 396 defunciones. La Región de Tarapacá tuvo la menor tasa registrada (0,0100) con 22 defunciones. El grupo etario 70-79 años presentó la mayor cantidad (1195), la mayoría en 78 años. Los hombres presentaron un mayor número (2325) en comparación a las mujeres (1312), en una relación 1.77:1.

**DISCUSIÓN:** Se observó una disminución de la tasa de mortalidad presentada en la literatura, llegando a su cifra más baja en 2021, acortando la diferencia por sexo que existía. Estos cambios podrían deberse a múltiples factores, como cambios en los estilos de vida o mejor diagnóstico y tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** No existe gran cantidad de información epidemiológica en Chile, por lo que es necesario realizar una mayor cantidad de estudios al respecto.

**PALABRAS CLAVE:** Gastroenterología, Mortalidad, Neoplasias esofágicas

**Autor Corresponsal:** [Marcosanmartin98@gmail.com](mailto:Marcosanmartin98@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Trabajo de investigación es publicado conforme a la normativa Ética

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### Consecuencias del tiempo de pantalla en población chilena. Revisión de la literatura entre 2011-2021.

**Código del Trabajo:** RB-01

**Autores :** Edgardo Alvarado<sup>1</sup>, Bastián Obreque<sup>1</sup>, Valentina Carrasco<sup>1</sup>,

**Tutor:** Sebastián Muñoz<sup>2</sup>

**Afiliaciones:** :

1. Interno/a de Medicina 7ºAño, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

2. Médico Cirujano, EDF CECOSF Selva Oscura. Victoria, Chile..

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN :** Actualmente, nuestra sociedad hiper-tecnologizada posibilita que la población general esté expuesta a mayor tiempo de pantalla (screen time) con las potenciales consecuencias negativas que esto conlleva. Esta temática se torna aún más relevante dado el contexto actual de pandemia. .

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El objetivo de esta revisión es recopilar la literatura recientemente publicada acerca del tiempo de pantalla (TP) en población chilena, enfatizando las consecuencias en la salud física, salud mental y otras dimensiones (sociales, educacionales, etc) que pudiese implicar el excesivo TP. Revisión bibliográfica. La búsqueda se realizó durante enero del 2022 en 5 bases de datos. Los términos utilizados fueron tiempo de pantalla/screen time y Chile. 84 artículos cumplieron criterios iniciales de selección. Descontando artículos duplicados: 31. Posterior a evaluar pertinencia temática, se revisó un total final de 28 artículos.

**RESULTADOS:** La mayoría de los estudios en población chilena están centrados en población pediátrica/adolescente. Bajos porcentajes de los individuos estudiados cumplían las recomendaciones de TP diario. En población pediátrica/adolescente, el mayor tiempo de pantalla se ha asociado con: peor calidad del sueño, rendimiento académico más bajo, menor concentración y memoria, menor autoestima, mayor sintomatología depresiva, menor autorregulación emocional, mayor riesgo cardiovascular y peor salud física en general. En adultos jóvenes con: menor calidad de vida, menor satisfacción con la salud.

**DISCUSIÓN:** Estos resultados se condicen con lo reportado también por literatura internacional. A diferencia de investigaciones extranjeras, en nuestro país no existe mayor estudio de esta temática en población adulta. Tampoco, en lo referente a los nuevos contextos laborales (teletrabajo) y académicos (teleeducación)..

**CONCLUSIÓN:** Las investigaciones realizadas en población chilena que han abordado esta temática evidencian que el excesivo tiempo de pantalla es perjudicial en múltiples dimensiones para la población (salud física, salud mental, rendimiento académico, etc). Esta es la primera revisión que engloba las distintas consecuencias de este asunto en población chilena.

**PALABRAS CLAVE:** Screen Time, Mental Health, Chile

**Autor Corresponsal:** e.alvarado02@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Revisión bibliográfica es es publicado conforme a la normativa Ética



**JC V E M**

